

Psykiske lidelser og opplevd stigma

Thea Holmen Kongsrud og Ingvild Engh Vattø



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2008

Sammendrag

Forfattere: Thea Holmen Kongsrud og Ingvild Engh Vattø

Tittel: Psykiske lidelser og opplevd stigma

Veileder: Anne-Kari Torgalsbøen

Vi ønsket med denne undersøkelsen å få et innblikk i hvordan opplevd stigma påvirker mennesker med psykiske lidelser. Den teoretiske referanserammen vi har valgt er Corrigan's modell for selvstigma. Grunnantakelsen i modellen er at selvstigmaproessen skjer gjennom fire steg: Stereotypi kjennskap, stereotypi enighet, internalisert stigma, og dårlig selvbilde som følge av stigma. Som et selvstendig forskningsprosjekt, har vi empirisk utprøvd Corrigan's modell på et norsk utvalg. Vi hadde i tillegg en hypotese om at grad av selvstigma kan predikeres ut ifra lidelsens alvorlighetsgrad.

For å replikere Corrigan's modell for selvstigma har vi anvendt det standardiserte intervjuet The Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMI). Vi har oversatt og omgjort SSMI til en norsk selvutfyllingsversjon. Den norske utgaven av SSMI ble administrert til 45 informanter i behandling innen psykisk helsevern. Vi har selv stått for datainnsamlingen.

Våre resultater tyder på at offentlig stigma overføres til selvstigma som en prosess gjennom fire steg, som alle er nødvendig for at stigma skal påvirke selvbilde. Vi kunne bekrefte Corrigan's teoretiske modell; personen må først kjenne til de kulturelle stereotypiene, deretter vil det å si seg enig i stereotypiene bidra til internalisering, som resulterer i dårlig selvbilde. Vi fant ingen forskjeller i opplevd stigma på bakgrunn av informantens diagnose. Kartleggingen av hvilken grad informantene opplever stigma viser at flere opplever fordommer som følge av sin lidelse.

Innhold

SAMMENDRAG	2
INNHold	3
1. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN	6
1.2 KONSEPTUALISERING AV STIGMABEGREPET	9
1.3 SOSIALPSYKOLOGISKE MEKANISMER SOM KAN FORKLARE STIGMA	11
1.3.1 Psykologiske/individuelle prosesser	12
1.3.2 Sosiale prosesser.....	13
1.3.3 Strukturelle prosesser	14
1.4 CORRIGANS MODELL FOR SELVSTIGMA	15
1.4.1 Bakgrunn.....	15
1.4.2 Individuelle reaksjoner på stigma.....	18
1.4.3 En teoretisk modell for selvstigma.....	20
1.5 AVGRENSNING OG PROBLEMSTILLINGER	22
2. METODE	24
2.1 THE SELF-STIGMA OF MENTAL ILLNESS SCALE (SSMI)	24
2.2 UTVIKLING AV ET NORSK SELVUTFYLLINGSSKJEMA.....	25
2.3 UTVALG	26
2.4 PROSEDYRE.....	27
2.5 ANALYSER	28
3. RESULTATER.....	30
3.1 DESKRIPTIVE DATA	30

3.2	PRELIMINÆRE ANALYSER	31
3.3	RELIABILITET	32
3.4	KORRELASJONER.....	32
3.5	REGRESJONSANALYSER.....	33
3.6	FAKTORANALYSE	34
3.7	MELLOM-GRUPPE SAMMENLIGNINGER	36
3.7.1	<i>T-tester</i>	36
3.7.2	<i>Analysis of Variance (ANOVA)</i>	37
3.7.3	<i>Chi-squares</i>	37
3.8	PROSENTVISE BESVARELSER	38
4.	DISKUSJON	39
4.1	HVA VISER DEN EMPIRISKE UTPRØVINGEN AV CORRIGANS MODELL PÅ ET NORSK UTVALG? .	39
4.2	PÅVIRKER TYPE DIAGNOSE OPPLEVELSEN AV STIGMA?	42
4.3	I HVILKE GRAD OPPLEVER MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER FORDOMMER I NORGE?	43
4.4	METODOLOGISKE BETRAKTNINGER.....	50
4.4.1	<i>Tilnærmingsmetode og valg av måleinstrument</i>	50
4.4.2	<i>Omgjøringen av SSMI til et norsk selvutfyllingsskjema</i>	51
4.4.3	<i>Utvalget</i>	53
4.4.4	<i>Analysene</i>	54
4.4.5	<i>Stereotypien som utgjør grunnlaget for SSMI. Fordommer eller symptombylde?</i>	56
5.	KLINISKE OG FORSKNINGSMESSIGE IMPLIKASJONER	57
6.	KONKLUSJON	60
	REFERANSER	62

Fuglefangeren Leck velger seg ut den kraftigste av fuglene, binder den til håndleddet og maler den i sterke farger. I skogen lar han fuglen pipe og påkalle sine artsfrenders oppmerksomhet, og når de har samlet seg slipper han fuglen løs.

”Den malte fuglen fløy hit og dit i flokken og forsøkte forgjeves å overbevise sine frender om at den var en av dem. Men de kretset rundt den lite overbevist og mistenksomme overfor dens lysende farger. Den malte fuglen ble tvunget lenger og lenger vekk hver gang den ivrig forsøkte å bli ett med flokken. Og litt senere så vi at den ene etter den andre gjøv løs på den i voldsomme angrep. Snart vinglet den fargesterke stakkaren ned mot marken.”

Jerzy Kosinski, Den malte fuglen, J. W. Cappelens Forlag, 1966.

Fra Dybvig, Johannessen, Kjær og Thorsen (2004)

1. Innledning

Mennesker med psykiske lidelser opplever på mange måter en dobbel byrde (Wahl, 1999). Personen må først og fremst håndtere symptomene og mestre sin livssituasjon. I tillegg må vedkommende forholde seg til myter, feiloppfatninger og fordommer som finnes i befolkningen vedrørende psykiske lidelser. Fordommene kan komme til uttrykk i form av språket som anvendes når mennesker med psykiske lidelser omtales, eller ved diskriminering som begrenser muligheter for deltakelse i samfunnet. Den psykiske lidelsen kan således utgjøre et stigma.

Det vi vil undersøke er hvordan opplevd stigma påvirker mennesker med psykiske lidelser og deres tanker om seg selv og sin fremtid.

1.1 Bakgrunn

For å forenkle den sosiale informasjonsprosessering har mennesker en tendens til å klassifisere andre (Allport, 1954; Fiske, 1998). Ved hjelp av kognitive skjemaer effektiviseres informasjonsbearbeidingsprosessen. Medaljens bakside er at denne overgeneraliseringen fører til fordommer. Når majoriteten i et samfunn har negative holdninger til en gruppe mennesker og disse påtegnes et stigma, kalles dette for stigmatisering (Heatherton, Kleck, Hebl & Hull, 2000). Det er flere grupper mennesker i dagens samfunn som anses å falle utenfor grunnet stigmatisering. En stor andel personer med både lettere psykiske lidelser og alvorlig psykopatologi opplever stigma som følge av sin lidelse (Phelan, Link, Stueve & Pescosolido, 2000; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen & Phelan, 2001; Rüsch, Lieb, Bohus & Corrigan, 2006a).

Psykiske lidelser har til alle tider blitt forsøkt forstått og klassifisert ut ifra samtiden. Holdningene til mennesker med psykiske lidelser har tendert mot å være enten overdrevent positive, for eksempel at de er genier eller har guddommelige evner, eller overdrevent negative, for eksempel at de er farlige (Hinshaw, 2007). I en

gjennomgang av studier gjort i perioden 1990-2005 om holdninger til mennesker med psykiske lidelser, konkluderer artikkelforfatterne med at det er kulturell variasjon i hvilke holdninger som eksisterer, samt endringer i disse over tid (Angermeyer & Dietrich, 2005). Misoppfatninger om psykiske lidelser er utbredt, men det foreligger markerte forskjeller i holdningene til ulike psykiske lidelser. Tynge psykopatologi er sterkere assosiert med stigma enn lettere psykiske lidelser (Link, Yang, Phelan & Collins, 2004; Gaebel, Zäske & Baumann, 2006; Rüsch, et al., 2006a). Det er en utbredt oppfatning at alvorlige psykiske lidelser er irreversible, og at man ikke kan bli bedre (Hinshaw, 2007). Befolkningen er tilbøyelig til å anta at årsaken til psykiske lidelser er psykososial, framfor nevrobiologisk eller genetisk (Angemeyer & Dietrich, 2005). Videre er antakelser om psykososiale årsaksforhold assosiert med holdninger som at personen selv er ansvarlig for og skyldig i sin lidelse. Mange unngår nære sosiale relasjoner med mennesker med psykiske lidelser (Angemeyer & Dietrich, 2005). Alminnelige reaksjoner ovenfor personer med alvorlige psykiske lidelser er følelser som ubehag, usikkerhet og frykt. To fremtredende holdninger til mennesker med psykiske lidelser er at de er uforutsigbare og farlige (Angemeyer & Dietrich, 2005). Disse oppfatningene kan skyldes medieoppslag hvor for eksempel drap kobles til at vedkommende var i behandling i psykisk helsevern. Enkelte hevder at tendensen til å oppfatte mennesker med psykiske lidelser som farlige har økt de siste årene (Torrey & Zdanowicz, 2001). Denne oppfatningen legitimerer ønsker om å holde avstand til mennesker med psykiske lidelser (Corrigan, 2004).

Stigma medfører en tabuisering av psykiske lidelser som gjør at mange forsøker å holde lidelsen skjult. Dette fører dermed til at enkelte ikke oppsøker behandling (Corrigan, 2004; Perlik, 2001). Stigma er assosiert med negative konsekvenser for fysisk og psykisk helse, skoleprestasjoner, sosial status, inntekt, utdanning og arbeidsliv (Major & O'Brien, 2005). I tillegg kan stigma resultere i lavere prioritet for psykisk helsevern sammenlignet med somatisk helse (Sartorius & Shulze, 2005).

Økt kunnskap om psykiske lidelser i befolkningen antas å redusere negative holdninger til psykiske lidelser og således bidra til å bekjempe stigmatisering.

Mennesker med psykiske lidelser er en heterogen gruppe, og årsaksforholdene, tilstanden og prognosen vil variere avhengig av diagnose, sykdomsfase, alvorlighetsgrad og behandlingsstatus (Day, Edgren & Eshleman, 2007). Stigmaet knyttet til psykiske lidelser har for alvor blitt satt på dagsorden de siste årene. Internasjonalt er det iverksatt en rekke kampanjer for å bryte ned myter og fordommer knyttet til psykiske lidelser (Sartorius & Shulze, 2005; Kadri & Sartorius, 2005; Thornicroft, 2006). The World Psychiatric Association (Sartorius & Shulze, 2005, s. 3) beskriver stigma som ”det største hinderet for bedre behandling og bedre livskvalitet for mennesker som har en psykisk lidelse, for deres familier, for deres nærmiljø og helsepersonell som arbeider med psykiske lidelser”.

I ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (2008)” ble det satt fokus på å redusere fordommer (St. meld. nr. 63, (1997-1998)). De regionale helseforetakene har i tråd med den nasjonale satsingen utarbeidet strategiske planer med målsetting om en kvalitativt bedre og mer tilgjengelig helsetjeneste for pasienter i psykisk helsevern (St. meld. nr. 63, (1997-1998)). En viktig del av denne satsningen har vært å gjøre psykiske lidelser mindre tabubelagt ved å alminneliggjøre og øke kunnskap i befolkningen om hva det innebærer å ha en psykisk lidelse. I anledning sitt 100 års jubileum i 2007 utviklet Norsk psykiatrisk forening et helsepolitisk manifest ”Et verdig psykisk helsevern”. Det første punktet er ”Et oppgjør med stigma og fordommer”, og i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet ble det lansert en landsomfattende opplysnings- og antistigmakampanje (Helsepolitisk manifest fra Norsk psykiatrisk forening ved 100 års jubileet, 2007). En del av dette arbeidet var en satsning på ungdom og psykisk helse. Høsten 2007 ble det gjennomført en kampanje med informasjon og undervisningsopplegg til alle ungdomsskoler og videregående skoler i landet, rettet mot både lærere, elever og foreldre. I tillegg ble det satset på annonser, film og kinoreklame (Psykisk, 2007). Helsedirektoratet gjennomfører høsten 2008 en kampanje rettet mot voksne for å øke åpenhet og kunnskap om psykiske lidelser under overskriften ”Et åpent sinn”.

Hovedsatsningsområdet 2008-2010 for Norsk psykologforening er utvikling av et psykologisk lavterskeltilbud til befolkningen og forbedringer av det psykiske

helsearbeidet i kommunene (Psykologisk lavterskeltilbud til befolkningen, 2008). Dette arbeidet skal resultere i et mer tilgjengelig og åpent psykisk helsevern i personens nærmiljø, noe som kan gjøre det enklere og mindre tabubelagt å oppsøke behandling.

1.2 Konseptualisering av stigmabegrepet

Ordet ”stigma” er gresk og betyr et merke eller et tegn (Stigma, 2008). Uttrykket har sin opprinnelse i oldtidens Hellas da man brennmerket spesielle grupper av mennesker; kriminelle, slaver eller forrædere slik at offentligheten kunne unngå dem. Litteraturen om stigma er tverrfaglig med bidrag fra både psykologi, sosiologi og antropologi. Begrepet stigma har derfor blitt definert og operasjonalisert noe forskjellig innen ulike fagdisipliner (Link & Phelan, 2001). Felles for definisjonene er grunnantakelsen om at mennesker som utsettes for stigmatisering har (eller antas å ha) en attributt som gjør at de vurderes som annerledes. Dette gir grunnlaget for devaluering (Link & Phelan, 2001; Major & O’Brian, 2005).

Sosiologen Erving Goffman (1963) definerte stigma som noe sosialt diskrediterende, vedvarende og som påvirker oppfatningen av personen i sin helhet. I det som har blitt et klassisk verk; ”Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity” (Goffman, 1963), drøfter han visse tilstander eller attributter som kan bli devaluert i en gitt kultur. Goffman beskriver tre typer stigma; fysiske misdannelser, slektsbetingede stigma og avvikene karakter. Karaktertrekk som devalueres i et samfunn kan eksempelvis være svak vilje, dominerende eller upassende affekter, rigide oppfatninger og uærlighet. Den sosiale observatør konstruerer en stigmatologi, en ideologi som skal forklare underlegenheten til den stigmatiserte, og den faren vedkommende representerer. Den sosiale observatør ser et bredt spekter av feil hos den stigmatiserte på bakgrunn av stigmamarkøren. Videre oppfattes personens defensive respons i samspillet som et direkte uttrykk for personens defekt. Både defekten og responsen knyttes til feil ved personen, eller vedkommendes foreldre, og dermed rettferdiggjøres devalueringen og diskrimineringen. Den sosiale observatør

antar at personen som bærer et stigma ikke er helt menneskelig. På bakgrunn av dette utøves flere typer diskriminering.

Jones og kollegaer (1984) definerer stigma som et ”merke”, en attributt, som knytter en person til uønskede karakteristikk. Sosiologene Link og Phelan (2001) kritiserer det tradisjonelle stigmabegrepet for å være for snevert og individfokusert. De hevder det er mer enn en bestemt attributt hos et enkeltindivid som utgjør et stigma. Link og Phelan (2001) definerer stigma som en prosess hvor flere komponenter må inntreffe samtidig i en situasjon hvor makt kan utøves. Det teoretiske utgangspunktet er sosialkonstruktivistisk der grunnpremisset er at meningen vi tilskriver sosiale objekter konstrueres sosialt. Stigmaproessen starter ved at man setter merkelapper på det man observerer av individuelle forskjeller. Link og Phelan velger ordet ”merkelapp” da de individuelle forskjellene som til en hver tid velges som betydningsfulle er sosialt bestemt av de som tilskriver merkelappen. Derfor unngås betegnelser som ”egenskap”, ”tilstand” eller ”merke”. Mennesker som tilskrives en merkelapp knyttes deretter til uønskede stereotype karakteristikk ut ifra dominante kulturelle antagelser. Videre skapes distinkte kategorier for å oppnå en atskillelse mellom ”oss” og ”dem”, noe som fører til at de menneskene som tilskrives en merkelapp opplever statustap og diskriminering. Merkelappen i seg selv anses som avgjørende for om stigmatisering skjer, og ikke en faktisk egenskap eller karakteristikk. Dette bygger på Links klassiske studie (1982), og kalles stemplingsteori (*Labeling theory*). Her finner han at merkelappen psykisk lidelse har en negativ effekt på inntekt og jobbstatus, uavhengig av både diagnose, alvorlighetsgrad og funksjonsnivå. De negative effektene av merkelappen kan virke opprettholdende på lidelsen, og bidra til et kronisk forløp (Link, 1982). Denne teorien ble bekreftet i en senere eksperimentell studie (Link, 1987) som også viste at mennesker som tilskrives merkelappen ”psykiatrisk pasient” ble stigmatisert selv i fravær av avvikende atferd.

Link har videre utviklet en modifisert stemplingsteori (Link, 1987). I følge denne teorien utvikler alle et sett antakelser om mennesker med psykiske lidelser. Dersom

en person oppsøker behandling og tilskrives merkelappen ”psykisk lidelse”, vil disse antakelsene bli personlig relevante, og videre føre til en forventning om devaluering og avvisning fra andre. Disse forventningene kan føre til selvoppfyllende profetier. For å unngå avvisning fra andre utvikles en rekke mestringsstrategier som å holde lidelsen hemmelig, slutte i jobben eller sosial tilbaketrekning. Et vesentlig aspekt ved stigma er altså forventningen om visse reaksjoner fra omverdenen.

Corrigan og medarbeidere konseptualiserer stigma på bakgrunn av sosialpsykologisk teori, samt Links modifiserte stemplingsteori (Corrigan, 2005). Komponentene kognisjon, emosjon og atferd utgjør bakgrunnen for forståelsen av en rekke psykologiske fenomener, der i blant stigma (Ottati, Bodenhausen & Newman, 2005). Stigma defineres som stereotypier, fordommer og diskriminering mot en gruppe mennesker, som ekvivalenter til henholdsvis et kognitivt nivå, et affektivt nivå og et atferdsnivå. En stereotypi av mennesker med psykiske lidelser er en kognitiv representasjon av denne gruppen som er lagret i hukommelsen. Slike kognitive representasjoner er sosialt delt i samfunnet, og avspeiler en forestilling om at mennesker med psykiske lidelser innehar visse trekk eller utfører visse handlinger. Å ha fordommer er å være enig i stereotypien. Fordommer refererer til en negativ affektiv reaksjon, evaluering eller holdning mot en gruppe mennesker. Diskriminering er den resulterende atferden. Disse tre komponentene henger sammen kausalt. En person har en oppfatning om at mennesker med psykiske lidelser er farlige (stereotypi), opplever derfor en negativ emosjonell reaksjon som frykt (fordom), og unngår derfor sosial interaksjon med denne personen (diskriminering). Corrigan og medarbeidere har utarbeidet en teoretisk modell for selvstigma, denne beskrives under punkt 1.4.

1.3 Sosialpsykologiske mekanismer som kan forklare stigma

For å forklare opphavet til og stigmaets funksjon, kan man ta utgangspunkt i tre nivåer av prosesser; det psykologiske, det sosiale og det strukturelle nivå (Hinshaw,

2007). Fordi disse prosessene i praksis er nært sammenknyttet er det umulig å forklare stigma som noe utelukkende individuelt, sosialt eller strukturelt fenomen. Stigmatisering skjer dynamisk og i sammenfallende prosesser som spenner over spekteret fra kognisjon, holdninger og identitet på det psykologiske nivået, en rekke mellommenneskelige fenomener på det sosiale nivået, til institusjonelle og økonomiske faktorer på det strukturelle nivået.

1.3.1 Psykologiske/individuelle prosesser

En rekke studier tyder på at sosial stigmatisering skjer med utgangspunkt i universelle mønstre for sosialkognitiv informasjonsbearbeiding (Fiske, 1998). Alle utvikler kognitive skjemaer for å forenkle den komplekse sosiale verden vi lever i. Skjemaer fungerer som mentale maler som ubevisst og automatisk gjør det enklere å bearbeide sosial informasjon, selv om man er kognitivt belastet eller opptatt med andre beslutninger. Dette medfører kategorisering av andre mennesker ut ifra om de anses for å tilhøre egen gruppe eller andre sosiale grupper (Tajfel & Turner, 1979). Gruppen enkeltpersonen opplever tilhørighet til kalles inngruppe. Opplevd medlemskap og gruppetilhørighet antas å variere over tid og være situasjonsavhengig. Vi har en tendens til å oppfatte våre utgrupper som mer homogene enn inngruppen. Handlingene til inngruppens medlemmer beskrives konkret, mens utgruppens handlinger beskrives abstrakt og i generelle termer. Utgruppe-homogenitetseffekten gjør at vi danner stereotyper. Sosialkognitive skjemaer påvirker hukommelsesprosessene slik at handlinger som bekrefter stereotypien huskes bedre enn andre. Dette medfører en forventning om negative handlinger fra utgruppens medlemmer. Tendensen til å overestimere styrken på en antatt sammenheng mellom utgruppen og negative egenskaper eller handlinger betegnes som illusoriske korrelasjoner (Forsyth, 1999).

1.3.2 Sosiale prosesser

Sosial kategorisering innebærer en tendens til å evaluere sin inngruppe positivt og devaluere utgruppen. En positiv evaluering forbedrer den kollektive selvfølelsen til inngruppen og gir en sterkere gruppeidentitetsfølelse (Forsyth, 1999). Ved sammenlikning med en svakere gruppe bedres selvfølelsen ytterligere (Festinger, 1954). Inngruppe-glorifiseringen og utgruppe-devalueringen forsterkes av intergruppe konflikter. Dette kan for eksempel skje når mennesker med psykiske lidelser oppfattes som en trussel, eller ved konkurranse mellom grupper om knappe ressurser (Hinshaw, 2007).

Antakelser om at andre har fordommer til den gruppen man selv tilhører er nok til at samhandlingen bærer preg av dette (Merton, 1948). Empiriske studier tyder på at mennesker som opplever stigmatisering kan handle ut ifra fenomenet stereotypi trussel ("stereotype threat") (Steele & Aronson, 1995). Når stereotypien tilsier at man skal gjøre det dårlig i en situasjon, påvirkes man slik at prestasjonen faktisk blir dårligere enn om stereotypien ikke var tydelig i situasjonen (Steele, 1997). Dette fører til selvoppfyllende profetier. Devaluering av medlemmene i utgruppen påvirker interaksjonen, slik at denne preges av forventninger om en ubehagelig eller merkelig samhandling (Hinshaw, 2007). Denne forventningen kan medføre at enkeltpersonen reagerer med tilbaketrekning, distanse eller fiendtlighet, og dermed vil profetien og forventningen om unormal samhandling stemme.

Avvikende samhandling kan være angstskapende for begge parter, noe som videre kan føre til at begge parter trekker seg unna. Mennesker har en tilbøyelighet til å beskytte seg selv ved å ta avstand fra grupper av mennesker som er utsatt for noe man ikke selv vil utsettes for (Lerner & Simmons, 1966). Dette legitimeres ved grunnantakelsen om at verden er rettferdig, og at urett ikke vil ramme en selv med mindre man har fortjent det. Unngåelse av utgruppen resulterer i at korrigerende erfaringer som kunne nyansert stereotypien uteblir. I følge Bems "Self-perception theory" (1972) fortolkes emosjonelle reaksjoner ut ifra egen atferd. Dette kan føre til misattribusjoner hvor man på bakgrunn av avvikende oppførsel i nærvær av et

menneske med en psykisk lidelse, attribuerer dette til ytre faktorer, ” Jeg oppfører meg uvanlig fordi hun må være farlig” (Ottati et al., 2005). Den stigmatiserte er mer tilbøyelig til indre attribusjon, og påtar seg derfor ansvaret for at interaksjonen er unormal, ”Det må være noe med meg” (Goffman, 1963). Slik begynner internaliseringen av omverdens negative syn på en selv (Link, 1982).

1.3.3 Strukturelle prosesser

Makrovariabler som samfunnsstruktur, økonomi og sosiale institusjoner påvirker stigmatiseringsprosessen. Hierarkiske strukturer, basert på blant annet sosial status, er fremtredende i de fleste samfunn. Gjennom språket påtegnes andre mennesker merkelapper som sier noe om hvilken sosial status ulike grupper tillegges. Skjellsord som ”klin gæren”, ”sinnssyk” eller sanger som ”Høl i gjerdet på Gaustad” tydeliggjør hvordan symptomer på alvorlige psykiske lidelser ses på i samfunnet, og hvilken sosial status denne gruppen tillegges. Ordene man bruker tjener til å opprettholde den sosiale maktbalansen og skape distanse mellom det man oppfatter som oss og dem, inngruppe og utgruppe. Kulturelle oppfatninger og sosiale institusjoner fungerer gjensidig forsterkende (Hinshaw, 2007). Antakelsen om at mennesker med psykiske lidelser ikke er i stand til å jobbe, kan for eksempel føre til diskriminering i arbeidslivet, og videre forsterke oppfatningen av at denne gruppen mangler kompetanse eller ferdigheter som kreves for å beholde en jobb. Selv om både mektige og ikke-mektige grupper i samfunnet har tilsvarende tilbøyelighet til kategorisering og videre devaluering av utgrupper, kan ikke stigma forstås uavhengig av gruppens status i samfunnet. Lavstatusgrupper opplever mye større negative konsekvenser av stigma enn høystatus grupper (Branscombe, 1998). Mange individuelle forskjeller eksisterer, men kun noen danner grunnlaget for stigmatisering. For at stigmatisering skal kunne skje, må de som definerer en attributt som et stigma være i besittelse av sosial makt (Link & Phelan, 2001), slik at deres verdensbilde og forklaringer av rett/galt eller friskt/sykt blir de gjeldende (Hinshaw, 2007). Hva som til enhver tid er en stigmatisert gruppe baseres på majoritet og minoritetsforhold. Alle mennesker kan

dermed kjenne seg igjen i erfaringen fra å tilhøre en minoritet eller å påtegnes et stigma i en bestemt situasjon (Goffman, 1963).

Ytre faktorer som den økonomiske situasjonen i landet vil også påvirke hvilke holdninger som er gjeldende i samfunnet. Ved dårlige økonomiske kår i et land vil marginale grupper behandles med mer intoleranse og fiendtlighet enn i økonomisk stabile tider (Hinshaw, 2007). Den medierende variabelen antas å være det forhøyede stressnivået som preger økonomisk ustabile perioder, noe som igjen vil forsterke de individuelle og sosiale prosessene beskrevet tidligere.

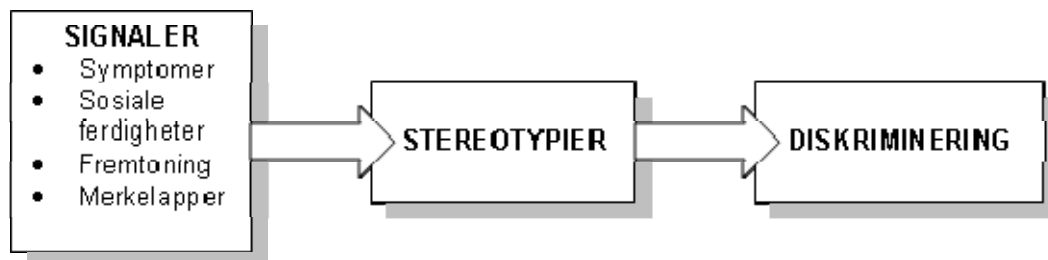
1.4 Corrigan's modell for selvstigma

Patrick W. Corrigan er professor i psykologi og psykiatri og en av de ledende forskerne på stigma ved psykiske lidelser i USA. Hans forskergruppe ved Chicago Consortium for Stigma Research (CCSR) har som målsetning å øke forståelsen av fenomenet stigma ved psykiske lidelser, utvikle og utprøve modeller for hvordan stigmaprosessen skjer, samt utvikle antistigmatprogrammer. Corrigan's forskergruppe har utviklet den selvstigmamodellen som danner grunnlaget for vår empiriske undersøkelse.

1.4.1 Bakgrunn

Corrigan (2005) forklarer stigma som en prosess på bakgrunn av stereotypier, fordommer og diskriminering. I følge Corrigan starter stigmatiseringsprosessen ved psykiske lidelser gjennom fire typer observerbare signaler; (1) symptomer, (2) avvikende sosiale ferdigheter, (3) fysisk fremtoning og (4) merkelapper. Disse utgjør grunnlaget for stereotypier som kan føre til diskriminering (se figur 1.1).

Figur 1.1. Hvordan visse signaler leder til stereotypier og diskriminering. Modellen er en parallell til en kognitiv-adferdsmodell med diskriminative stimuli, kognitive mediatorer og atferd (Corrigan og Kleinlein, 2005).



Mange av symptomene ved alvorlige psykiske lidelser som upassende affekter, bisarr atferd, irregulært språk og det å snakke høyt med seg selv, er manifeste indikatorer på psykiske lidelser som kan virke skremmende (Corrigan og Kleinlein, 2005). Svake sosiale ferdigheter, for eksempel avvikende kroppsspråk og øyekontakt, kan føre til stigmatiserende reaksjoner. I tillegg assosieres ofte en ustelt fremtoning, blant annet neglisjering av personlig hygiene, med det å være ”en psykiatrisk pasient”. Å påtegnes en merkelapp anses for å være en av de avgjørende variablene for stigma (Link, 1982). Stempling (*labelling*) kan skje på flere måter; noen kan sette en merkelapp på en person, som en diagnose, individer kan sette en merkelapp på seg selv, ved å fortelle om eller presentere seg med merkelappen, eller det kan skje ved assosiasjon, som å bli observert utenfor en klinikk innen psykisk helsevern.

I noen tilfeller kan en attribuering på bakgrunn av disse signalene føre til en korrekt slutning, men potensialet for feilattribuering er også til stede. Verken eksentrisk atferd, svake sosiale ferdigheter eller et uflidd ytre er patognomiske tegn på en psykisk lidelse. På samme måte som disse signalene kan føre til mange falske positiver, vil også fraværet av disse føre til mange falske negative (Corrigan & Kleinlein, 2005). Dette bekreftes i en rekke studier av holdninger til psykiske lidelser (Angermeyer & Dietrich, 2005) der konklusjonen er at personer i befolkningen er dårlige til å identifisere symptomer på psykiske lidelser.

Corrigans forskergruppe (Corrigan & Kleinlein 2005; Corrigan, Watson og Barr, 2006; Watson, Corrigan, Larson og Sells, 2007) differensierer mellom to typer stigma; offentlig stigma (*public stigma*) og selvstigma (*self-stigma*) (se figur 1.2).

Figur 1.2. Distinksjonen mellom offentlig stigma og selvstigma (Corrigan og Kleinlein, 2005).

Offentlig stigma	Selvstigma
Stereotypi: Negative antagelser om en gruppe f.eks: farlighet inkompetanse karaktersvakhet	Stereotypi: Negativ antagelse om selvet f.eks: karaktersvakhet inkompetanse
Fordom: Enighet med antagelse og/eller negativ emosjonell reaksjon f.eks: sinne frykt	Fordom: Enighet med antagelse Negativ emosjonell reaksjon f.eks: lav selvfølelse lite mestringstro
Diskriminering: Atferdsrespons til fordom f.eks: tilbakeholdelse av arbeid- eller bormuligheter unngå å hjelpe	Diskriminering: Atferdsrespons til fordom f.eks: klarer ikke få seg jobb eller bosted

De tre komponentene i offentlig stigma er stereotypier, fordommer og diskriminering mot en gruppe i samfunnet. Selv om en person i befolkningen er klar over en stereotypi om en gruppe trenger ikke dette bety at personen er enig i denne. Fordommer oppstår når personen sier seg enig i stereotypien, og dette skaper negative emosjonelle reaksjoner som sinne eller frykt. Disse kognitive og affektive prosessene manifesterer seg som diskriminerende atferd mot mennesker med psykiske lidelser. Offentlig stigma hindrer mennesker med psykiske lidelser i å ta del i samfunnet på lik linje med andre. Dette skjer gjennom fordommer hos ulike maktgrupperinger i samfunnet som for eksempel arbeidsgivere, utleiemeglere eller forsikringsagenter.

Selvstigma består av de samme komponentene som offentlig stigma.

Selvstigmaproessen begynner når man kjenner til stereotypien om en gruppe man selv tilhører, og videre internaliserer disse kulturelle antakelsene om sin gruppe.

Mennesker med psykiske lidelser, som er enige i stereotypien om egen gruppe, antas

å oppleve negative emosjonelle reaksjoner, som for eksempel lavere selvtillit og mindre mestringstro. Diskrimineringskomponenten, eller atferdskomponenten, manifesterer seg som personens atferdsrespons til andres fordommer, for eksempel ved ikke å mestre å jobbe eller skaffe seg bopel.

Modellen er basert på Links modifiserte stemplingsteori (1987), hvor det antas at det avgjørende for effekten av stigma på enkeltindividet er det subjektivt opplevde stigmaet, snarere enn faktiske fordommer eller diskriminering i samfunnet.

Tilsvarende hevder Corrigan og hans forskergruppe at det er selvstigma, og ikke offentlig stigma, som er assosiert med negative konsekvenser for enkeltindividet (Corrigan & Kleinlein, 2005). Å kjenne til det offentlige stigmaet er imidlertid en nødvendig forutsetning for selvstigmaproessen.

1.4.2 Individuelle reaksjoner på stigma

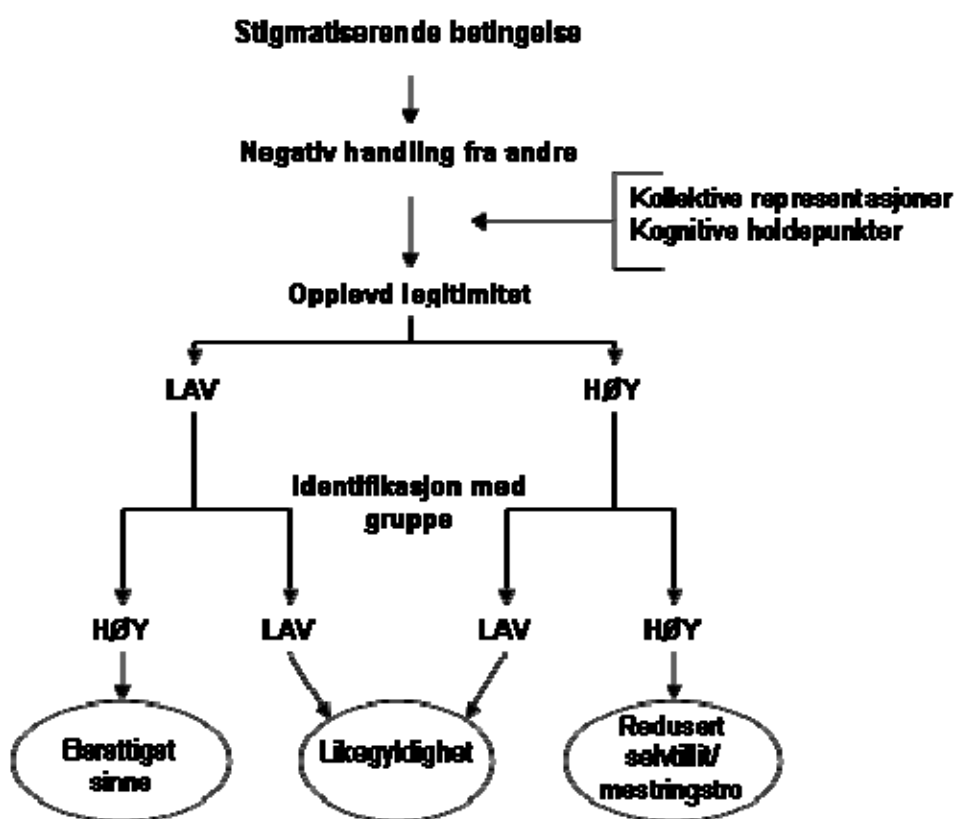
Det forligger mange studier på effektene av stigma ved psykiske lidelser (Major & O'Brien, 2005). Den tradisjonelle oppfatningen er at mennesker med psykiske lidelser, som lever i et samfunn med en stigmatiserende kultur, vil tenke at de er mindre verdt fordi de har en psykisk lidelse (Corrigan & Watson, 2002). Link og kollegaer (2001) utførte en oppfølgingsstudie av 70 mennesker med psykiske lidelser, og fant at opplevd stigma i høy grad kunne predikere selvfølelse to år senere. Andre studier har også vist at erkjennelse av at det finnes fordommer i samfunnet er assosiert med negative tanker om en selv hos mennesker med psykiske lidelser (Link et al., 2001; Corrigan et al., 2006; Watson et al., 2007).

Nyere studier har vist at ikke alle opplever dårligere selvilde som følge av stigma. Selv om individer befinner seg i den stigmatiserte gruppen og kjenner til holdningene i samfunnet, reagerer personer svært forskjellig på denne situasjonen. Forskning viser at mange reagerer med sinne på grunn av fordommene og urettferdigheten de opplever (Chamberlin, 1978; Deegan, 1990). Corrigan (2005) beskriver at denne type reaksjon kan bemyndiggjøre (*empowers*) pasienter til å endre sin rolle i helsesystemet, og forbedre kvaliteten i helsetilbudet. Det beskrives også en tredje

type reaksjon på stigma. Noen opplever verken lavere selvfølelse eller sinne, men viser heller en tilsynelatende likegyldighet til fordømmene (Corrigan & Watson, 2002; Watson & River, 2005). Corrigan og Watson (2002) kaller dette "the paradox of self-stigma" og har utviklet en modell for å forklare hvordan ulike personer reagerer på selvstigma (se figur 1.3).

Figur 1.3: "The paradox of self-stigma".

Det er kombinasjonen opplevd legitimitet og gruppeidentifikasjon som bestemmer hvilken reaksjon en person får på opplevd stigma (Watson og River, 2005).



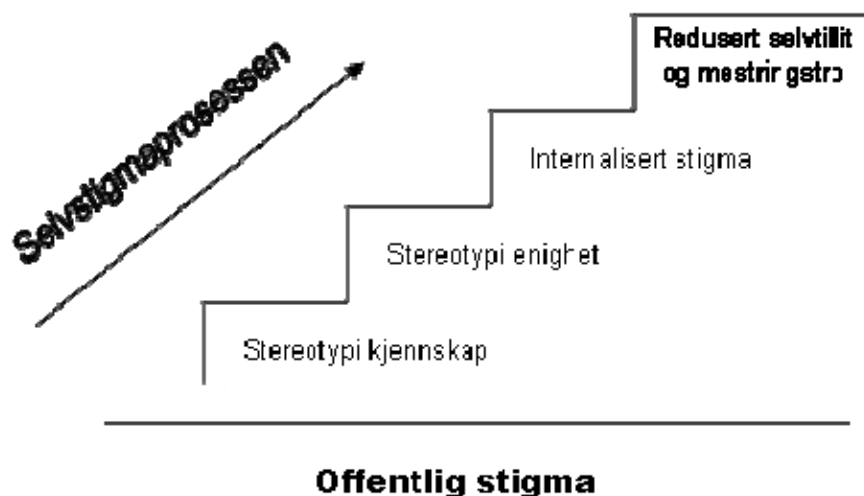
Denne modellen tar utgangspunkt i at den individuelle responsen på stigma ikke er et konstant trekk ved personen, men en tilstand som varierer i forhold til situasjonen, og i løpet av lidelsesforløpet. Modellen forutsetter at det er subjektivt opplevde stigmatiserende betingelser til stede i situasjonen. Reaksjonen er situasjonsbetinget fordi den bestemmes av hvilke kollektive representasjoner eller kognitive holdpunkter som aktiveres i den konkrete situasjon. En kollektiv representasjon kan for eksempel være en kulturell stereotypi om en gruppe. Corrigan og Watson

fokuserer på tre reaksjoner; berettiget sinne (*righteous anger*), likegyldighet og lavere selvtillit/mestringstro. Dette avhenger av om individet oppfatter handlinger og reaksjoner som legitime eller ikke, samt om man identifiserer seg med den stigmatiserte gruppen (Corrigan & Watson, 2002). Hvis man i høy grad identifiserer seg med sin gruppe, og mener at negative handlinger mot sin gruppe er urettferdige, vil man reagere med berettiget sinne og selvfølelsen antas å være intakt. Hvis man imidlertid mener at disse handlingene er legitime vil det resultere i lavere selvfølelse og mestringstro. Hvis individet derimot ikke identifiserer seg med gruppen, antas responsen å være likegyldighet, uavhengig av om man anser handlingene som legitime eller ikke.

1.4.3 En teoretisk modell for selvstigma

Corrigan og medarbeidere i CCSR (Corrigan et al., 2006; Watson et al., 2007) har utviklet en modell for å forklare selvstigmaproessen. Hovedtrekkene i teorien er at denne prosessen skjer gjennom fire steg: Å kjenne til den kulturelle stereotypien om mennesker med psykiske lidelser (stereotypi kjennskap), å si seg enig i stereotypien i samfunnet (stereotypi enighet), internalisering av stereotypien (internalisert stigma) og dårlig selvilde som følge av stigma (reduisert selvtillit og mestringstro). Offentlig stigma antas å ligge til grunn for, og således påvirke hele selvstigmaproessen. Stereotypi kjennskap regnes og benevnes som *opplevd* offentlig stigma, mens de tre andre komponentene benevnes som selvstigmakomponenter. Teorien legger altså til grunn at stereotypi kjennskap både er en del av det offentlige stigma og er et nødvendig steg i selvstigmaproessen. Alle fire komponenter inngår i det som betegnes som selvstigmaproessen (se figur 1.4).

Figur 1.4: En illustrasjon av selvstigma modellen og sammenhengen mellom begrepene.



Corrigan definerer stereotypi kjennskap som en persons erkjennelse av de negative kulturelle antagelsene som finnes om psykiske lidelser. Selvstigmatiseringen begynner når personen sier seg enig i stereotypien som finnes om sin gruppe, dette kalles stereotypi enighet. Denne komponenten korrelerer høyt med opplevd legitimitet (Watson et al., 2007). Videre blir prosessen ytterligere selvstigmatiserende når personen tenker at den kulturelle stereotypien faktisk gjelder en selv. Dette kalles internalisert stigma, i det personen internaliserer fordommene om sin gruppe. Den siste komponenten er redusert selvtillit og mestringsstro, som viser til personens antatte respons på grunn av internalisert stigma. Corrigan antar at personer som sier seg enige i fordommer i samfunnet og internaliserer disse vil oppleve redusert mestringsstro og lavere selvtillit. Denne modellen inkluderer ikke de alternative reaksjonene, som berettiget sinne og likegyldighet. Disse antas å være avhengige av at personen anser fordommene som ikke-legitime. I denne modellen kan opplevd legitimitet tilsvare stereotypi enighet. Lav stereotypi enighet vil således føre til at man ikke internaliserer stigma, og dermed beholder selvbildet intakt. Selvstigmeprosessen skjer altså hierarkisk ved at hver komponent forklares ut ifra den forutgående. Alle komponentene er nødvendige for å oppleve redusert mestringsstro og selvtillit som følge av stigma.

Corrigan har utarbeidet The Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMI) for å måle subjektiv opplevelse av stigma. Skalaen ble utviklet for empirisk å utprøve den teoretiske modellen for selvstigmaproessen. Til forskjell fra studier som har fokusert på holdninger til mennesker med psykiske lidelser i befolkningen generelt, er SSMI en skala som vektlegger selvstigma og de negative effekter av stigma på enkeltindividet. SSMI måler i hvilken grad informanten opplever offentlig stigma og selvstigma. Måleinstrumentet er empirisk utprøvd og validert i flere studier både i USA (Corrigan et al. 2006; Watson et al., 2007), Europa (Rüsch et al., 2006b) og Kina (Fung, Tsang, Corrigan, Lam & Cheng, 2007).

1.5 Avgrensning og problemstillinger

Ved søk i elektroniske tidsskrifter har vi ikke funnet noen empiriske studier av selvstigma ved psykiske lidelser i Norge. Vi vil derfor gjennomføre en kvantitativ studie av selvstigmaproessen hos mennesker med psykiske lidelser på et norsk utvalg. Som teoretisk referanseramme har vi valgt Corrigans modell for selvstigma. The Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMI) er vårt valg av måleinstrument, som vi har oversatt til norsk og omgjort til et selvutfyllingsskjema. Ved hjelp av denne spørreundersøkelsen blant mennesker med psykiske lidelser, vil vi empirisk utprøve Corrigans modell på et norsk utvalg. Vi forventer å replikere resultatene ved bruk av SSMI internasjonalt. I tillegg ønsker vi å undersøke om det er noen forskjell i opplevd stigma mellom mennesker med lettere psykiske lidelser og mer alvorlig psykopatologi. Vi velger å fokusere på enkeltpersonens opplevelse av offentlig stigma og selvstigma, fordi det er grad av selvstigma som synes å være av betydning for de psykologiske effektene av stigma på enkeltindividet. Vi vil dermed ikke gå nærmere inn på hvilke fordommer befolkningen eller helsepersonell har til mennesker med psykiske lidelser. Med denne undersøkelsen ønsker vi å få et innblikk i hvordan stigma ved psykiske lidelser oppleves i Norge.

Våre problemstillinger er:

1. Hva viser den empiriske utprøving av Corrigans modell for selvstigma på et norsk utvalg?
2. Påvirker type diagnose opplevelsen av stigma?
3. I hvilken grad opplever mennesker med psykiske lidelser fordommer i Norge?

2. Metode

2.1 The Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMI)

SSMI består av fire subskalaer som måler begrepene stereotypi kjennskap, stereotypi enighet, internalisert stigma og redusert selvtillit/mestringstro. Skalaen tar utgangspunkt i de antatt vanligste fordommene til mennesker med psykiske lidelser. Opprinnelig var skalaen basert på 12 holdninger hentet fra Links Perceived Devaluation-Discrimination Scale (Link, 1987). Videre er disse revidert og redusert til 10 holdninger for å øke indre konsistens og reliabilitet (Corrigan et al., 2006). De 10 fordommene i den reviderte versjonen er: Mennesker med psykiske lidelser er skitne og uflidde, kan skylde seg selv for sine problemer, har under gjennomsnittlig intelligens, er uforutsigbare, farlige, avskyelige, er ikke til å stole på, er ikke i stand til å få eller beholde en jobb, kan ikke bli bedre eller friske, er ikke i stand til å ta vare på seg selv.

SSMI er utformet som et intervju hvor informanten skal svare ved bruk av en ni-punkts enighetsskala (1 er "I strongly disagree" og 9 er "I strongly agree"). De fire subskalaene inneholder 10 enheter per nivå som representerer de 10 fordommene. Forsøksleder viser informanten et kort med enighetsskalaen sammen med en av påstandene, og informanten bes angi enighet eller uenighet i påstanden. Enhetene er i randomisert rekkefølge innenfor hver subskala for å unngå rekkefølgeeffekter. De 10 holdningene går igjen i alle subskalaene med ulike introduksjonssetninger.

De fire subskalaene har god indre reliabilitet (Corrigan et al., 2006; Watson et al., 2007). I valideringsstudien fra USA (Corrigan et al., 2006) var subskala 4; redusert selvtillit og mestringstro, sterkt negativt korrelert med Rosenberg Self-Esteem Scale (1989) og The Self-Efficacy Scale (Sherer & Adams, 1983).

2.2 Utvikling av et norsk selvutfyllingsskjema

Vi har med Dr. Corrigans tillatelse oversatt SSMI til norsk og gjort den om til et selvutfyllingsskjema med fem-punkts likertskala (1 er ”veldig uenig” og 5 er ”veldig enig”).

Vi har selv stått for omgjøringen av den muntlige, engelske SSMI-skalaen til en norsk selvutfyllingsversjon (se vedlegg A). Denne har blitt kontrollert av en tospråklig (engelsk-norsk) person, som hadde flere forslag til korrigeringer. Hensyn som ble vektlagt var at oversettelsen skulle være mest mulig lik originalversjonen i innhold, basert på det teoretiske rammeverket, og ikke nødvendigvis i ordlyden. Samtidig var det viktig at det skriftlige budskapet skulle være tilstrekkelig enkelt og lettfattelig, samtidig som differensieringen mellom de ulike subskalaene skulle tydeliggjøres (se tabell 2.1). Et eksempel er den siste subskalaen. Denne introduseres i den engelske versjonen med ”I currently respect myself less because..”. Denne har vi forandret til ”Nå for tiden har jeg dårligere selvbilde fordi..”. Når det norske ordet ”respekt” anvendes i norsk dagligtale har det ofte en noe annen betydning. Da denne subskalaen er ment å måle endring i selvbilde som følge av selvstigma, var det derfor mer naturlig å bruke det allmenne begrepet ”dårligere selvbilde”.

Tabell 2.1: Introduksjonssetning for hver subskala i spørreskjemaet.

Subskala	Introduksjonssetning
1. Stereotipi kjennskap	”Folk flest tror at...”
2. Stereotipi enighet	”Jeg mener at de fleste med psykiske lidelser...”
3. Internalisert stigma	”Fordi jeg har en psykisk lidelse...”
4. Dårlig selvbilde	”Nå for tiden har jeg dårligere selvbilde fordi...”

Den første subskalaen kalles ”stereotype awareness” og vi har oversatt denne til *stereotipi kjennskap*. Denne skal måle om personen kjenner til negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser som antas å eksistere i befolkningen. Subskala 2; ”stereotype agreement”, eller *stereotipi enighet*, måler hvorvidt personen selv har de negative holdingene og sier seg enig i fordommene om sin gruppe. Subskala 3 kalles

”self-concurrence”. Vi har oversatt denne til *internalisert stigma*. Denne subskalaen skal måle om personen mener at fordommene i samfunnet eller stereotypien om mennesker med psykiske lidelser stemmer når det gjelder dem selv. Begrepet ”self-concurrence” referer således til når en holdning eller fordom sammentreffer med ens egen opplevelse av seg selv. Personen har da internalisert fordommene i samfunnet, og er av den oppfatning at disse devaluerte egenskapene er en del av eget selv.

Subskala 4; ”self-esteem decrement”, refererer til redusert selvtillit og mestringstro som følge av internalisert stigma. Selvtillit har tradisjonelt blitt definert som en positiv eller negativ holdning til seg selv (Rosenberg, 1989) og som en personlig og global følelse av selvverd, selverkjennelse eller selvaksept (Rosenberg, 1989).

Mestringstro (”self-efficacy beliefs”) refererer til den troen man har på om man innehar de ressursene som er nødvendig for å produsere ønskelige effekter av sine handlinger (Bandura, Freeman & Lightsey, 1999). Corrigan ønsker med denne subskalaen å måle effekten av selvstigma på psykologisk velvære, mer spesifikt som selvtillit og mestringstro. Vi mener disse to begrepene, på bakgrunn av definisjonene ovenfor, kan sammenfattes i det norske begrepet ”selvbilde”. Med selvbilde mener vi summen av de tanker og følelser et enkeltindivid har om seg selv og sin posisjon i forhold til andre (Rosenberg, 1989). Subskalen har vi derfor valgt å kalle *dårlig selvbilde*, da den refererer til de negative effektene av selvstigma.

2.3 Utvalg

Utvalget består av pasienter i poliklinisk behandling og pasienter innlagt ved døgninstitusjon, totalt 45 personer. Av disse inngår 12 informanter i diagnosegruppe A, som vi har definert som alvorlig psykopatologi. De diagnoser som inngår i denne gruppen er innen psykose-/schizofrenispekteret (F20-29 i ICD-10) og bipolar lidelse (F31). Den andre diagnosegruppen, som vi definerer som lettere psykiske lidelser, består av 33 informanter. Denne gruppen har vi kalt diagnosegruppe B, der depresjons- og angstlidelser (F32 - F49 i ICD-10) inngår. Inklusjonskriteriene var at pasientene hadde en diagnose enten innenfor schizofreni-/psykosespekteret (F20-29 i

ICD-10), bipolar lidelse (F31), eller lettere psykisk lidelse (F32-49), var mellom 18 og 50 år, kunne beherske norsk og hadde intelligens innenfor normalområdet ($IQ > 70$). For diagnosegruppe A var eksklusjonskriteriene at pasientene var i aktiv psykotisk fase, og for diagnosegruppe B at de ikke tidligere hadde hatt en psykotisk episode.

2.4 Prosedyre

Vi har vært i kontakt med samtlige Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og poliklinikker i Oslo. Flere av behandlingsstedene takket nei til deltagelse i undersøkelsen grunnet mangel på ressurser og tid, og fordi de allerede deltok i andre forskningsprosjekter og av den grunn ikke ønsket å utsette klientene for ytterligere forespørsler. Andre institusjoner ønsket ikke å delta etter at de hadde fått tilsendt spørreskjemaet fordi de mente spørreskjemaet og temaet kunne virke støtende på deltakerne. Vi innledet et samarbeidsforhold om innsamling av data med Tøyen DPS, Oslo Hospital, Josefinegaten DPS, Poliklinikk for angstlidelser og Vinderen DPS. Her ble behandlere informert om prosjektet og tildelt informasjonsskriv samt ønsket antall spørreskjemaer med informasjonsskriv adressert til informantene. Informasjonsskrivet til behandlerne inneholdt en kort redegjørelse om prosjektet og informasjon om utfylling av diagnose.

Datainnsamlingen foregikk i perioden 7. januar til 16. april 2008 og ble utført av stud. psychol. Ingvild Engh Vattø og stud. psychol. Thea Holmen Kongsrud. Vi samlet inn data fra diagnosegruppe A (alvorlig psykopatologi) på Tøyen DPS, Josefinegaten DPS og Oslo Hospital. Data fra diagnosegruppe B (lettere psykiske lidelser) ble samlet inn ved Vinderen DPS og Poliklinikk for angstlidelser. Det ble derfor utarbeidet to ulike informasjonsskriv til behandlerne, rettet mot hver av målgruppene, men med tilsvarende innhold (Se vedlegg B og C).

Informasjonsskriv til informantene ble delt ut av behandlerne med mulighet for betenkningstid før pasientene tok beslutning om de ønsket å delta. I dette

informasjonsskrivet ble det kort redegjort for hensikten bak spørreskjemaet, rekruttering, fremgangsmåte, oppbevaring av informasjon, frivillighet og spørsmål/beredskap (se vedlegg D). Det ble understreket at deltakelse var frivillig, at informasjonen var konfidensiell og at informanten ville være anonym. Dersom de valgte å ikke delta, hadde dette ikke noen konsekvenser for behandlingen. Det var til enhver tid, uten å oppgi grunn, mulighet for å trekke seg fra undersøkelsen.

I tillegg til den oversatte versjonen av SSMI-skalaen, var det lagt ved en side med spørsmål som skulle gi demografisk og diagnostisk informasjon (se vedlegg A). Informanten ble bedt om å krysse av for alderskategori, kjønn, hvor lenge de hadde vært i behandlingssystemet, hvor de mottok behandling, om de kjente til at de hadde en diagnose, og i så fall hvilken diagnose. Behandler fikk utdelt et skjema der pasientens diagnose skulle fylles ut. Diagnosearket og det utfylte spørreskjemaet ble lagt i en konvolutt som vi senere hentet ved den aktuelle institusjonen.

Prosjektet ble godkjent av Regional etisk komité for medisinsk forskning (REK) og Personvernombudet, Norges samfunnsvitenskapelige datatjeneste, som ikke hadde noen innvendinger mot at prosjektet ble gjennomført. I samråd med Personvernombudet ble samtykkeerklæringen sløyfet fordi ferdig utfylt spørreskjema sees som samtykke i seg selv.

2.5 Analyser

Ved hjelp av SPSS 16.0 har vi gjort deskriptiv statistikk for å analysere den demografiske informasjonen i utvalget, kalkulert Cronbachs alphas for å bekrefte den indre konsistensen i subskalaene, samt preliminare analyser. På bakgrunn av disse analysene har vi laget gjennomsnittlige sumskårer for subskalaene og undersøkt korrelasjoner mellom subskalaene. Vi har brukt Pearson Product Moment Correlation og faktoranalyse for å replikere Corrigan's modell. Standard multiple regresjonsanalyser ble utført for å undersøke hva som bidrar til variasjonen i internalisert stigma og dårlig selvbilde. Hierarkisk regresjonsanalyse ble brukt for å

kontrollere for effekten av stereotypi kjennskap og stereotypi enighet for muligheten for å predikere selvbylde ut i fra internalisert stigma. For å undersøke forskjellene mellom diagnosegruppene har vi gjennomført independent-samples t-tester og χ^2 -tester. Forskjellene mellom bakgrunnsvariablene kjønn, aldersgruppe, tid i behandling, type behandling og kunnskap om diagnose ble undersøkt ved hjelp av independent samples t-tester og One-way between-groups analysis of variance (ANOVA). Vi gjennomførte i tillegg en deskriptiv kartlegging ved observasjon av punkttestimater for nærmere undersøkelse av informantenes opplevelse av hver enkelt påstand i SSML. Kartleggingen ble gjort ved å utforme tabeller for prosentvise besvarelser på hver enhet i alle subskalaene.

3. Resultater

3.1 Deskriptive data

Det totale utvalget besto av 57,8 % (26) kvinner og 42,2 % (19) menn. Informantene var i alderen 18 – 50 år, hvor 37,8 % (17) var mellom 18 og 30 år, 33,3 % (15) var 31 – 40 år og 28,9 % (13) var i alderen 41 – 50 år. Av disse hadde 40 % (18) vært i behandlingssystemet under 5 år, 37,8 % (17) hadde vært i behandling mellom 5 og 10 år og 20 % (9) hadde vært mer enn 10 år. En person hadde ikke krysset av for tid i behandling. Behandlende instans var poliklinikk for 82,2 % (37) av utvalget, og døgninstitusjon for 13,3 % (6), mens 4,4 % (2) rapporterte at de mottok annen behandling. Det var ingen av informantene som rapporterte at de mottok behandling i tidlig intervensjonsteam. De fleste informantene, 80 % (36), hadde kjennskap til at de hadde fått en eller flere diagnoser og visste hva denne eller disse var, mens 20 % (9) rapporterte at de ikke hadde fått eller ikke visste om de hadde fått noen diagnose. Den største delen av utvalget besto av personer med lettere psykiske lidelser (angst og depresjon), disse utgjorde 73,3 % (33) av utvalget, mens 26,7 % (12) hadde mer alvorlig psykopatologi med lidelser innenfor psykose-/schizofrenispekteret eller bipolar lidelse. Fem av informantene i alvorlig psykopatologigruppen hadde fått bipolar lidelse, rapportert fra behandleren, mens to hadde diagnosen schizofreni og to schizoaffektiv lidelse. En informant hadde fått diagnosen schizotypal lidelse. To av informantene i denne gruppen manglet diagnose fra behandler. Av informantene i lettere psykopatologigruppen hadde 30 informanter ulike angstlidelser som hoveddiagnose. Av disse hadde 15 informanter tvangslidelse/OCD, 10 hadde sosial fobi og fem informanter hadde andre angstlidelser. En av informantene med lettere psykiske lidelser var diagnostisert med depressiv episode.

3.2 Preliminære analyser

For å kunne gjøre videre analyser av datamaterialet, laget vi sumskårer for hver av subskalaene. Gjennomsnittlig skåre på stereotypi kjennskap var 2,8, ($X=2,8$, $s=.54$, $SD=.74$) på stereotypi enighet 1,8 ($X=1,8$, $s=.29$, $SD=.53$), på internalisert stigma 1,8 ($X=1,8$, $s=.53$, $SD=.72$) og dårlig selvbilde 2,1 ($X=2,1$, $s=.83$, $SD=.91$). Se tabell 3.1.

Tabell 3.1: Gjennomsnittlig skåre, varians, standard avvik og Cronbachs alfa for hver subskala før fjerning av uteliggere ($n = 45$).

Subskala	Gjennomsnitt (X)	Varians (s)	Standard avvik (SD)	Cronbachs alpha
1. Stereotypi kjennskap	2.8	.54	.74	.85
2. Stereotypi enighet	1.8	.29	.53	.79
3. Internalisert stigma	1.8	.53	.72	.86
4. Dårlig selvbilde	2.1	.83	.91	.89

Preliminære analyser ble utført, for å sikre at antakelsene om normalitet, lineærhet og homosedasitet ikke skulle bli utfordret. Distribusjonen av skårer i den første subskalaen, stereotypi kjennskap var noe forskjøvet mot høyre, mens i de tre andre subskalaene var skårene forskjøvet mot venstre i noe ulik grad. De to første skalaene, stereotypi kjennskap og enighet har negative kurtosis-verdier, noe som indikerer en relativt flat distribusjon. Vi gjorde derfor analyser for å undersøke uteliggere. To av informantene hadde skårer som kunne tolkes som avvikende (på subskala 3 og 4). Etter fjerning av uteliggerne ($n=43$) var gjennomsnittlig skåre på stereotypi kjennskap fortsatt 2,8, ($X=2,8$, $s=.55$, $SD=.74$) på stereotypi enighet 1,8 ($X=1,8$, $s=.29$, $SD=.55$) og på internalisert stigma 1,8 ($X=1,8$, $s=.42$, $SD=.65$). Dårlig selvbilde fikk da en noe lavere gjennomsnittsskåre på 2,0 ($X=2,0$, $s=.61$, $SD=.78$). Se tabell 3.2.

Tabell 3.2: Gjennomsnittlige skårer, varians, standard avvik og Cronbachs alfa for hver subskala etter fjerning av uteliggere (n = 43).

Subskala	Gjennomsnitt (X)	Varians (s)	Standard avvik (SD)	Cronbachs alpha
1. Stereotypi kjennskap	2.8	.55	.74	.86
2. Stereotypi enighet	1.8	.29	.55	.78
3. Internalisert stigma	1.8	.42	.65	.82
4. Dårlig selvbilde	2.0	.61	.78	.84

Det er fortsatt en viss skjevhet og kurtosis i utvalget, men vi antar allikevel at fenomenet er normalfordelt i populasjonen. Dette bekreftes delvis av Kolmogorov-Smirnov testen som indikerer normalitet av distribusjonen i utvalget for alle subskalaene, men unntak av stereotypi enighet. Vi undersøkte effekten av å fjerne uteliggerne ved å gjøre de videre analysene med og uten disse to informantene. Dette hadde store effekter på de videre resultatene. Vi besluttet derfor å fjerne disse i den empiriske utprøvingen av Corrigan's modell.

3.3 Reliabilitet

I følge Corrigan et al. (2004) har SSMI god indre konsistens med rapporterte Cronbachs alpha verdier på respektive .86, .77, .85 og .88 for de fire subskalaene stereotypi kjennskap, enighet, internalisert stigma og dårlig selvbilde. Dette kunne også våre data bekrefte. Vi fant Cronbachs alpha koeffisienter på .86, .78, .82 og .84 (n = 43). Se tabell 3.2.

3.4 Korrelasjoner

Korrelasjonene mellom de fire subskalaene ble undersøkt ved Pearson product-moment korrelasjonskoeffisienter. Stereotypi kjennskap var signifikant korrelert med stereotypi enighet ($r = .43$, $n = 43$, $p < .01$), internalisert stigma ($r = .32$, $n = 43$, $p < .05$) og lavt selvbilde ($r = .41$, $n = 43$, $p < .01$). Stereotypi enighet var moderat korrelert med internalisert stigma ($r = .41$, $n = 43$, $p < .01$), men det var ingen

signifikant sammenheng mellom stereotypi enighet og dårlig selvbilde. Internalisert stigma og dårlig selvbilde var høyt korrelert ($r = .85$, $n = 43$, $p < .01$). Se tabell 3.3.

Tabell 3.3: Korrelasjoner mellom subskalaene (n=43)

	Stereotypi kjennskap	Stereotypi enighet	Internalisert stigma	Dårlig selvbilde
Stereotypi kjennskap	1	,43(**)	,32(*)	,41(**)
Stereotypi enighet		1	,41(**)	,28
Internalisert stigma			1	,85(**)

** Korrelasjon signifikant på 0.01 nivå (2-tailed).

* Korrelasjon signifikant på 0.05 nivå (2-tailed).

3.5 Regresjonsanalyser

Antagelsene om uteliggere, normalitet, lineæritet, homosedasitet og uavhengighet av residualene ble undersøkt og virker tilfredsstillende, tross lite utvalg. Det vises videre til de justerte R^2 (adjusted R square) da dette gir et bedre estimat av verdiene i populasjonen ved små utvalg. Ved hjelp av en standard multipl regressjonsanalyse fant vi at modellen, som inkluderer stereotypi kjennskap, stereotypi enighet og internalisert stigma, kunne forklare 74,7 % ($F(3,39) = 42,32$, adjusted $R^2 = .747$, $p = .000$) av variansen i dårlig selvbilde. Av disse utgjorde internalisert stigma det største unike bidraget til variansen i dårlig selvbilde ($b = .85$, $t = 9.86$, $p = .000$), men også stereotypi kjennskap viste et signifikant unikt bidrag ($b = .203$, $t = 2.33$, $p = .025$). Disse var altså signifikante prediktorer for dårlig selvbilde, men det var ikke stereotypi enighet ($t = -1,66$, $p = .104$). For videre å teste modellen gjorde vi en standard multipl regressjonsanalyse for å undersøke hvorvidt stereotypi kjennskap og stereotypi enighet kunne forklare variansen i internalisert stigma. Denne analysen viste at disse subskalaene kunne forklare 14,8 % ($F(2,40) = 4,66$, adjusted $R^2 = .148$, $p = .015$) av variansen i internalisert stigma. Stereotypi enighet utgjorde her det største unike bidraget ($b = .330$, $t = 2,09$, $p = .043$), mens stereotypi kjennskap ikke viste et signifikant unikt bidrag ($t = .175$, $p = .274$).

Hierarkisk regresjonsanalyse ble utført for å undersøke om internalisert stigma fortsatt kunne predikere dårlig selvbilde, hvis vi kontrollerte for stereotypi kjennskap og stereotypi enighet. Bidraget til stereotypi kjennskap alene utgjorde da 16,6 % ($F(1,41) = 8,15$, $R^2 \text{ change} = .166$, $p = .007$), stereotypi enighet hadde ikke et signifikant bidrag, mens internalisert stigma i tillegg forklarte 58,5 % ($F(3,39) = 42,32$, $R^2 \text{ change} = .765$, $p = .000$) av variansen i dårlig selvbilde kontrollert for effekten av stereotypi kjennskap og enighet. En hierarkisk regresjonsanalyse ble også utført for å undersøke om stereotypi enighet kunne predikere internalisert stigma, kontrollert for stereotypi kjennskap. Denne analysen viste at stereotypi kjennskap alene kunne forklare 10 % ($F(1,41) = 4,57$, $R^2 \text{ change} = .100$, $p = .039$) av variansen i besvarelsene på internalisert stigma. Stereotypi enighet forklarer i tillegg 8,9 % ($F(2,40) = 4,66$, $R^2 \text{ change} = .089$, $p = .015$) av variansen i internalisert stigma. Hierarkiske regresjonsanalyser for å kontrollere for bakgrunnsvariabler som diagnosegruppe, alder, kjønn, tid i behandling, type behandling (poliklinikk eller døgningstusjon) og kjennskap til diagnose, ble gjennomført. Disse analysene ble gjort for en og en variabel av gangen, og ingen av disse bidro signifikant til modellen.

3.6 Faktoranalyse

Eksplorerende faktoranalyse, hvor vi inkluderte alle 40 enheter, ble utført for å undersøke om disse ville utgjøre fire faktorer i samsvar med de fire subskalaene i SSMI. Før bruk av prinsipale komponenters analyse ble datamaterialets egnethet undersøkt. Analysen viste Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) verdier på over 0,6 og Bartlett's Test of Sphericity verdiene var signifikante ($p = .000$), noe som antyder egnethet for faktoranalyse. Ved bruk av varimax rotasjon fikk vi trukket ut 10 komponenter med eigenvalue større enn 1. De fire første faktorene utgjør 56 % av variansen, mens Cattell's screeplot antyder fem komponenter. Ved testing av gyldigheten til modellens fire faktor struktur ser vi bort fra de resterende komponentene. Enhetene i subskala 3 og 4 lader høyt på begge de to første komponentene. Til sammen utgjør disse 37,5 % av variansen. Subskala 3 og 4 kan ut

ifra disse analysene ikke sies å utgjøre uavhengige begreper, men de måler noe annet enn de andre subskalaene. Alle enhetene i subskala 1 lader høyt på den tredje komponenten og kan således sies å utgjøre en ren faktor. Ser man bort i fra verdier under .3, utgjør seks av enhetene i subskala 2 den fjerde komponenten.

For å undersøke faktorstrukturen innad i hver subskalaene ble det utført eksplorerende faktoranalyser med prinsipale komponenters metode. Alle subskalaene viste Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) verdier over 0,6 og Bartlett's Test of Sphericity verdiene var signifikante ($p = .000$), noe som antyder egnethet for faktoranalyse. Keisers kriterium viser noe forskjellige antall faktorer innad i hver subskala (eigenvalue > 1): Stereotypi kjennskap - tre faktorer (67,2 % av variansen), stereotypi enighet - fire faktorer (78 %), internalisert stigma - to faktorer (60,7 %), dårlig selvilde - to faktorer (63 %). Ved nærmere inspeksjon av Cattels scree plot synes det som om subskala 2, stereotypi enighet, også kan reduseres til to faktorer som utgjør 60,7 % av variansen. Subskala 1, stereotypi kjennskap, derimot danner en annen faktorstruktur. Når vi ber om å få to faktorer ekstrahert innad i hver av subskalaene 2, 3 og 4 finner vi at det er de samme påstandene som trer fram på tvers av hver subskala. Fortolkningen av de roterte komponent matrisene viser at påstandene angående bedring (Fordi jeg har en psykisk lidelse... kan jeg ikke bli bedre eller frisk), jobb (...kan jeg ikke få eller beholde en fast jobb), intelligens (...har jeg under gjennomsnittlig intelligens) og skyld (...må jeg ta skylden for mine problemer selv) kan trekkes ut som en egen faktor på tvers av de tre subskalaene. Påstanden å ta vare på seg selv (...er jeg ikke i stand til å ta vare på meg selv) lader noe ujevnt på de ulike subskalaene. Den andre faktoren utgjøres av de resterende fem påstandene om at mennesker med psykiske lidelser er farlige, uforutsigbare, skitne og uflidde, avskyelige og ikke til å stole på. Se tabell 3.4.

Tabell 3.4: Påstandene som utgjør de to faktorene på tvers av selvstigmasubskalaene.

Faktor 1	Faktor 2
Bedring Jobb Intelligens Skyld	Farlighet Uforutsigbarhet Skitten og uflidd Avskyelig Ikke til å stole på

3.7 Mellom-gruppe sammenligninger

3.7.1 T-tester

Independent samples t-tester ble utført for å sammenligne skårene på hver av subskalaene for diagnosegruppe A og diagnosegruppe B. Levene's test for equality of variances viste at variansene mellom de to diagnosegruppene ikke var homogene for stereotypi enighet og dårlig selvbilde. Derfor vises det her til t-tester hvor dette er kompensert for (Equal variances not assumed) ved disse to subskalaene. Det var ingen signifikante forskjeller mellom de to diagnosegruppene på noen av subskalene (stereotypi kjennskap, A: $M=2.93$, $SD=.92$; B: $M=2.81$, $SD=.68$; $t(41)=.47$, $p=.65$; stereotypi enighet, A: $M=1.93$, $SD=.77$; B: $M=1.77$, $SD=.44$; $t(41)=.70$, $p=.49$; internalisert stigma A: $M=2.08$, $SD=.74$; B: $M=1.65$, $SD=.58$; $t(41)=1.98$, $p=.06$; dårlig selvbilde A: $M=2.38$, $SD=1.07$; B: $M=1.90$, $SD=.61$; $t(41)=1.46$, $p=.17$). Effektstørrelsen på disse forskjellene var svært liten for stereotypi kjennskap ($\eta^2 = .005$) og liten for stereotypi enighet ($\eta^2 = .02$). De to siste subskalaene viste imidlertid moderate effektstørrelser (internalisert stigma, $\eta^2 = .07$; dårlig selvbilde, $\eta^2 = .05$).

Det ble også utført independent samles t-tester for å undersøke om det var noen forskjell på hver av subskalaene knytter til kjønn og om informanten kjenner til sin diagnose. Det var ingen signifikant forskjell i skårer på de fire subskalaene mellom

kvinner og menn. Det var heller ingen signifikant forskjell i skårer mellom informanter som hadde kunnskap om sin diagnose og de som ikke var klar over sin diagnose.

3.7.2 Analysis of Variance (ANOVA)

One-way between-groups ANOVA ble utført for å undersøke om det var noen forskjell på hver av subskalaene knyttet til alder, tid i behandlingssystemet og type behandling. Det var ingen signifikante forskjeller i skårer på subskalaene mellom de tre aldersgruppene. Tid i behandlingssystemet eller type behandling viste heller ingen signifikant forskjell i skårer på subskalaene.

3.7.3 Chi-squares

Chi²-tester ble anvendt for videre å kartlegge forskjeller mellom diagnosegruppe A og diagnosegruppe B i rapportering av internalisert stigma og dårlig selvbylde. Først ble de kontinuerlige skalaene konvertert til dikotome variabler ved 50. prosentil. Deretter laget vi 2x2 tabeller og regnet ut chi-squares av disse. Det vises her til Yates' Correction for continuity, som kompenserer for overvurdering av chi²-verdier ved bruk av 2x2 tabeller. Andelen av informanter med lavt og høyt internalisert stigma var ikke signifikant forskjellig i diagnosegruppe A og B ($\chi^2=1.69$ ved 1 df, $p = .199$). Andelen som rapporterte over 50. prosentil på dårlig selvbylde var heller ikke signifikant forskjellig i diagnosegruppe A og B ($\chi^2= .37$ ved 1 df, $p = .543$). Tabellene 3.5 og 3.6 nedenfor gir en oversikt over hvordan informantene fordeles i hver gruppe.

Tabell 3.5: Andel informanter i hver diagnosegruppe fordelt på lave og høye skårer på internalisert stigma.

	Internalisert stigma	
	Lav	Høy
Diagnosegruppe A	33,3 %	66,7 %
Diagnosegruppe B	60,6 %	39,4 %

Tabell 3.6: Andel informanter i hver diagnosegruppe fordelt på lave og høye skårer på dårlig selvbylde.

	Dårlig selvbylde	
	Lav	Høy
Diagnosegruppe A	41,7 %	58,3 %
Diagnosegruppe B	57,6 %	42,4 %

3.8 Prosentvise besvarelser

For å undersøke hvilke holdninger informantene i det totale utvalget ($n = 45$) sa seg enig i utformet vi en tabell for hver av subskalene. Tabell 3.7 nedenfor viser prosentandel informanter som har sagt seg helt (5) eller delvis enig (4) i påstandene på de ulike subskalaene. For en oversikt over den totale prosentfordelingen i besvarelsene for hver av subskalaene, se vedlegg E. Vi har i denne kartleggingen inkludert uteliggere fjernet for tidligere analyser for å få et mest mulig beskrivende bilde av opplevd stigma i utvalget.

Tabell 3.7: Andel informanter i prosent som har svart 4 (delvis enig) eller 5 (helt enig).

Holdning	Stereotypi kjennskap	Stereotypi enighet	Internalisert stigma	Dårlig selvbylde
Stole på	40	7	7	7
Avskylige	13	0	11	9
Jobb	58	9	18	40
Skitne og uflidde	16	7	4	11
Skyld	33	2	16	31
Intelligens	20	2	11	16
Uforutsigbare	58	22	16	18
Bedring	25	7	13	40
Farlige	18	4	2	7
Ta vare på seg selv	33	9	9	33

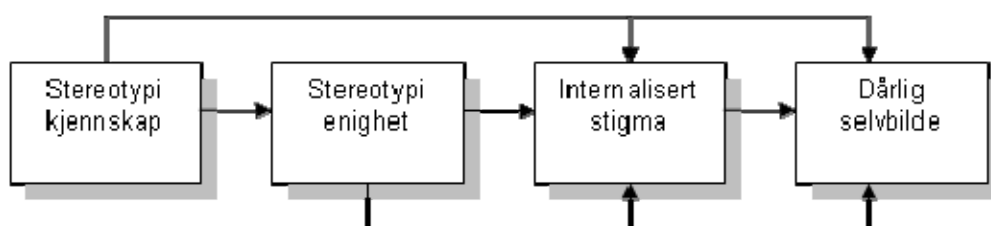
4. Diskusjon

4.1 Hva viser den empiriske utprøvingen av Corrigan's modell på et norsk utvalg?

Premisset for Corrigan's modell for selvstigma er at stereotypi kjennskap, stereotypi enighet, internalisert stigma og dårlig selvbilde er fire atskilte komponenter. Dette finner vi et empirisk grunnlag for i våre resultater. Høy indre reliabilitet innad i hver komponent i modellen, viser at alle enheter innenfor hver subskala måler samme overordnet begrep. Faktoranalysen vi utførte gir indikatorer på at subskala 1 (stereotypi kjennskap) og 2 (stereotypi enighet) utgjør to relativt rene faktorer. Subskala 3 (internalisert stigma) og 4 (dårlig selvbilde som følge av stigma) kan se ut til å danne til sammen én faktor. Dette er et resultat som må fortolkes på bakgrunn av at de fire subskalaene inneholder samme 10 enheter, noe som kan gjøre faktoranalyse til en mindre egnet metode.

Corrigan's hovedhypotese er at selvstigmaproessen skjer stegvis, med alle de fire komponentene som nødvendige elementer for selvstigma (se figur 4.1). I modellen regnes stereotypi kjennskap som en nødvendig komponent i selvstigmaproessen. Dette baseres på en teoretisk antakelse om at man må kjenne til de kulturelle stereotypiene om mennesker med psykiske lidelser for å kunne internalisere disse. Våre resultater har teoretiske implikasjoner i forhold til hvilke steg som er nødvendige i selvstigmaproessen.

Figur 4.1: Corrigan's hypotese for sammenhengen mellom de fire subskalaene.



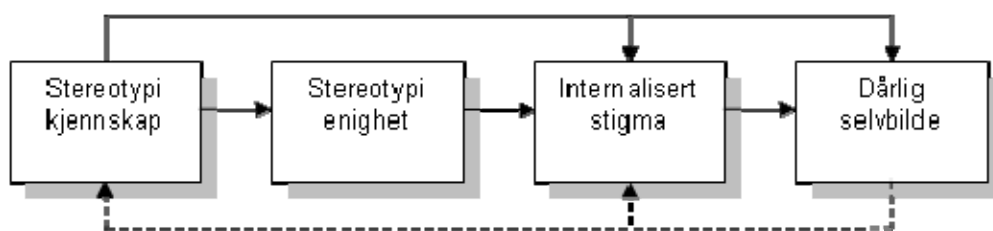
I vår undersøkelse er stereotypi kjennskap moderat positivt korrelert med stereotypi enighet (.43), internalisert stigma (.32) og dårlig selvbilde (.41). Dette står i motsetning til Corrigan's funn fra USA (2006) hvor stereotypi kjennskap ikke var assosiert med noen av de andre subskalaene. Hans forskergruppe forklarer den manglende sammenhengen ved at lav sykdomsinnsikt eller tankeforstyrrelser som symptom kan forklare at enkelte mennesker med psykiske lidelser ikke er klar over den kulturelle stereotypien som eksisterer i samfunnet (Corrigan & Calabrese, 2005). Imidlertid har andre studier funnet moderate til sterke korrelasjoner mellom stereotypi kjennskap og de andre subskalaene (Rüsch et al., 2006b; Fung et al., 2007). Moderate til sterke korrelasjoner mellom de tre selvstigma målene er funnet i flere studier (Corrigan et al., 2006; Rüsch et al., 2006b; Fung et al., 2007). I våre resultater er derimot stereotypi enighet moderat korrelert med stereotypi kjennskap og internalisert stigma, men ikke signifikant korrelert med dårlig selvbilde. Å si seg enig i fordommene synes å være noe som bidrar til internaliseringsprosessen, uten at dette har direkte effekt på selvbildet. I vårt utvalg finner vi en sterk sammenheng mellom internalisert stigma og dårlig selvbilde som følge av stigma (.85). Dette samsvarer med tidligere studier som har anvendt SSMI (Corrigan et al. 2006; Rüsch et al., 2006b; Fung et al., 2007), der man også finner sterke korrelasjoner mellom disse to subskalaene. Dette kan tolkes dit hen at internalisering av stigma har innvirkning på selvbildet. Alternativt kan den sterke assosiasjonen være et uttrykk for at de to subskalaene måler samme fenomen. Imidlertid har begge begrepene høy indre reliabilitet, og teoretisk er de to atskilte komponenter.

Våre analyser viser at stereotypi kjennskap, stereotypi enighet og internalisert stigma forklarer 74,7 prosent av variansen i dårlig selvbilde. Internalisert stigma utgjør her det største unike bidraget. Internalisert stigma forklarer hele 58,5 prosent av variansen i dårlig selvbilde, kontrollert for stereotypi kjennskap og stereotypi enighet. Internalisering av de kulturelle stereotypiene om mennesker med psykiske lidelser kan altså i stor grad predikere dårlig selvbilde, men også stereotypi kjennskap utgjør et signifikant bidrag (16,6 %) til variansen i dårlig selvbilde. Stereotypi kjennskap og internalisert stigma virker således å være avgjørende for om stigma har negative

effekter på selvbildet, uten at det er nødvendig å være enig i stereotypiene. Stereotypi kjennskap bidrar med 10 prosent av variansen i internalisert stigma. Stereotypi enighet forklarer ni prosent av variansen i internalisert stigma, kontrollert for stereotypi kjennskap. Derav er både stereotypi kjennskap og stereotypi enighet sentrale prediktorer for internalisering av stigma. På bakgrunn av disse analysene konkluderer vi med at alle komponentene i modellen utgjør et nødvendig bidrag i selvstigmatiseringsprosessen.

Det er problematisk å trekke slutninger angående årsaksretning. Den empiriske utprøvingen er basert på en teoretisk antakelse om at de fire komponentene utgjør nødvendige, men ikke alene tilstrekkelige, bidrag til selvstigmatiseringsprosessen. En annen teoretisk forutsetning er den tidsmessige rekkefølgen. Det antas at stereotypi kjennskap må være tilstede først, deretter enighet i stereotypiene som igjen kan føre til internalisering av stigma, som til sist vil ha effekt på selvbilde. Den sterke assosiasjonen mellom internalisert stigma og dårlig selvbilde kan alternativt være et uttrykk for at dårlig selvbilde på grunn av stigma kan føre til ytterligere internalisering av stigma. Dårlig selvbilde kan tenkes å påvirke hvor oppmerksom man er i forhold til andres holdninger til en selv og derfor øke kjennskap til stereotypiene. Dette kan skape gjensidig forsterkende selvstigmatiserende prosesser (se figur 4.2).

Figur 4.2: En hypotese for hvordan de fire subskalaene kan påvirke hverandre.



SSMI har blitt anvendt på utvalg i USA (Corrigan et al., 2006), Europa (Rüsch et al., 2006b) og Kina (Fung et al., 2007). Hovedforskjellen mellom studien i USA og studien i Kina var sammenhengen mellom stereotypi kjennskap og de tre selvstigma subskalaene. I USA var disse ikke korrelerte, mens i det kinesiske utvalget var

stereotypi kjennskap sterkt korrelert med de andre subskalaene. Dette forklares ved kulturelle forskjeller (Fung et al., 2007). Artikkelforfatterne spekulerer i om det kan være en forskjell i hvordan kinesiske og amerikanske brukere av psykisk helsevern overfører opplevd offentlig stigma til selvstigma. Man kan anta at i en kollektivistisk kultur er den sosiale påvirkning fra samfunnet større, hvilket kan øke tilbøyeligheten til å si seg enig med den offentlige stereotypien av psykiske lidelser og inkorporere dette i selvet. Våre resultater sammenfaller i størst grad med funnene gjort i det europeiske utvalget (Rüsch et al., 2006b). Vi replikerer deres funn av moderate korrelasjoner mellom stereotypi kjennskap og de tre selvstigma subskalaene. Dette kan støtte hypotesen om at overføringen fra opplevd offentlig stigma til selvstigma er kulturelt betinget.

4.2 Påvirker type diagnose opplevelsen av stigma?

Angermeyer & Dietrichs (2005) metastudie konkluderer med at oppfatningene og holdningene til psykiske lidelser er avhengig av diagnose. Tyngre psykopatologi er sterkere assosiert med stigma enn lettere psykiske lidelser. Det foreligger en studie der SSMI benyttes hvor de finner forskjeller i selvstigma basert på lidelsens alvorlighetsgrad (Rusch et al., 2006b). På bakgrunn av dette forventet vi å finne forskjeller i selvstigma mellom våre to diagnosegrupper. Den ene gruppen består av informanter med ulike angst- og depresjonstilstander, mens den andre gruppen inkluderer informanter med bipolare lidelser og lidelser innenfor psykose/schizofreni-spekteret. I vårt utvalg finner vi ingen signifikante gruppeforskjeller på noen av subskalaene mellom informantene med lettere psykiske lidelser og mer alvorlig psykopatologi. Selvstigma vil således ikke variere med alvorligheten av den psykiske lidelsen. Dette kan tolkes som om stigmaet knyttet til psykiske lidelser er generelt og oppleves likt uavhengig av diagnose. Alternativt kan dette være en konsekvens av formuleringene i selvutfyllingsskjemaet, hvor den generelle benevnningen ”mennesker med psykiske lidelser” anvendes.

Det knytter seg imidlertid en del metodologiske begrensninger til disse analysene, da utvalget som helhet er lite og den tyngre psykopatologigruppen består av svært få informanter, dette vil vi imidlertid drøfte nærmere i del 4.4. Vi observerer en tendens til at informantene med tyngre psykopatologi både rapporterer høyere grad av internalisert stigma og dårligere selvbylde.

Enkelte hevder at de kategoriske diagnosene man anvender i diagnostiseringen av psykiske lidelser kan virke stigmatiserende (Bjelland & Dahl, 2008), og at de således kan være en tilleggsbyrde. Andre har også pekt på at ulike diagnoser har ulik verdi, hvor noen er ”finere” enn andre (Lærum, 2005). Enkelte privatpraktiserende psykologer unngår derfor å diagnostisere. Tyve prosent av informantene i vårt utvalg svarte at de ikke visste om de hadde noen diagnose. Hvorvidt du vet om du har en diagnose utgjør ingen systematisk forskjell i opplevelsen av stigma i vårt utvalg. Imidlertid trenger det ikke å være diagnosen i seg selv som utgjør den merkelappen som er avgjørende for stigma. Stigmaprosesser kan i følge Links stemplingsteori (1987) skje ved assosiasjon. Å gå i behandling kan være tilstrekkelig for å assosieres med gruppen mennesker med psykiske lidelser. Stigma synes å være knyttet til det å ha en psykisk lidelse, snarere enn til den diagnostiske merkelappen.

4.3 I hvilke grad opplever mennesker med psykiske lidelser fordommer i Norge?

Vi gjennomførte en deskriptiv kartlegging over prosentandelene som har svart henholdsvis helt eller delvis uenig (1 eller 2), verken enig eller uenig (3) eller delvis eller helt enig (4 eller 5) på hver av fordommene i de fire subskalaene. På enhetene i stereotypi kjennskap er det flere informanter som sier seg enige, sammenlignet med de andre subskalaene (se tabell 4.1). Dette reflekteres i gjennomsnittskårene for de ulike subskalaene hvor stereotypi kjennskap har høyeste gjennomsnittskåre av de fire subskalaene. Våre resultater antyder at det er flere som opplever offentlig stigma, enn selvstigma i Norge. Som det fremkommer av tabellen er prosentandelene som sier seg enige i fordommene på selvstigma-subskalaene generelt sett lave. Dette representerer

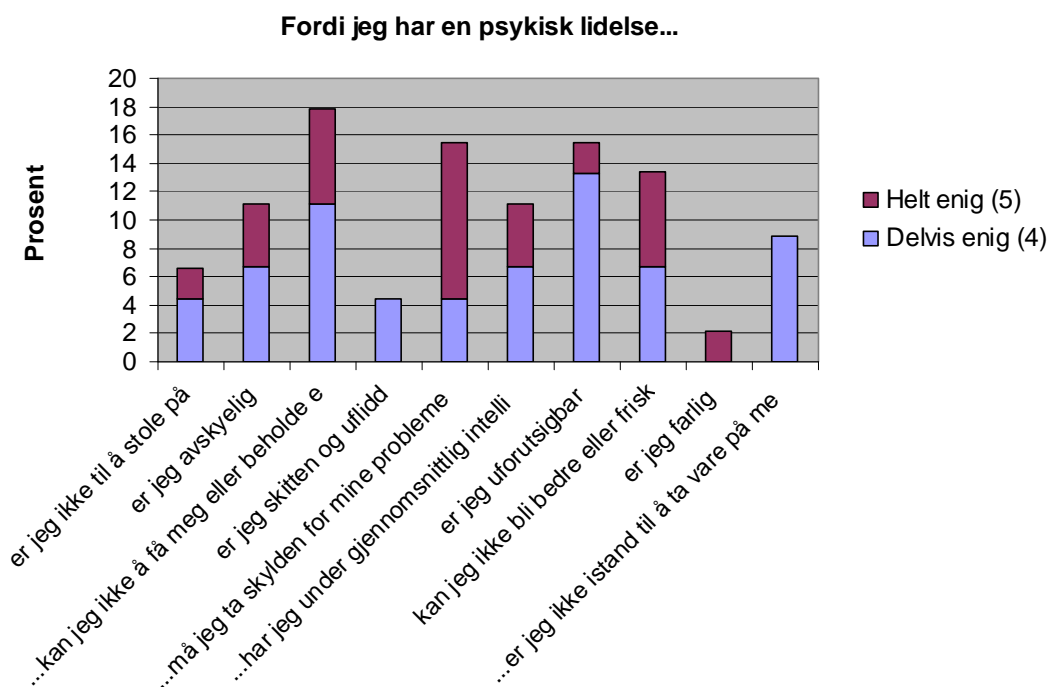
et lavt nivå av selvstigma i vårt utvalg. Imidlertid varierer enighetsgraden fra holdning til holdning innen de ulike subskalaene. Vi vil først oppsummere hvilke holdninger informantene sier seg enige i på tvers av subskalaene (se tabell 3.7). Deretter vil vi diskutere den observerte tendensen til at informantene generelt rapporterer lite offentlig stigma og selvstigma.

Innad i subskalaen stereotypi kjennskap varierer prosentandelen som sier seg enig på de ulike enhetene fra 13 til 58 prosent. Femtiåtte prosent sier seg delvis eller helt enige i at befolkningen tror mennesker med psykiske lidelser ikke kan få eller beholde en jobb, mens kun 13 prosent sier seg helt eller delvis enige i at befolkningen oppfatter mennesker med psykiske lidelser som avskyelige. Dette kan tyde på at informantene mener at ikke alle fordommene er like fremtredende ved den kulturelle stereotypien om mennesker med psykiske lidelser. En påstand mange av informantene sier seg enig i, er at befolkningen tror at mennesker med psykiske lidelser oppfattes som uforutsigbare (58 %). Dette samsvarer med en rekke studier av hvilke fordommer som er mest fremtredende om mennesker med psykiske lidelser (Angemeyer & Dietrich, 2005). Derimot sier kun 18 prosent av informantene seg enige i at befolkningen tror at mennesker med psykiske lidelser er farlige. Dette er noe uventet da flere studier har funnet at tendensen til å oppfatte mennesker med psykiske lidelser som farlige er utbredt (Corrigan, 2005; Torrey & Zdanowicz, 2001). Våre resultater kan være påvirket av at majoriteten i utvalget har lettere psykiske lidelser. Flere studier finner at mennesker med schizofreni oftere oppleves som farlige (18-71 %) enn mennesker med angstlidelser (26 %) og depresjon (14-33 %) (Angemeyer & Dietrich, 2005). Dette kan tolkes som at stereotypien knyttet til psykiske lidelser varierer avhengig av diagnose.

De prosentvise besvarelsene på stereotypi enighet tyder på at informantene mener at fordommene ikke stemmer. Hvor stor andel som sier seg enig spenner fra null til ni prosent, med unntak av hele 22 prosent som sier seg enige i at de synes mennesker med psykiske lidelser er uforutsigbare.

Innad i subskalaen internalisert stigma varierer enighetsandelen fra to til 18 prosent (se diagram 4.1). Kun to prosent er enige i at de selv er farlige fordi de har en psykisk lidelse. Seksten prosent er enige i påstanden om at de har skyld i sin egen lidelse. Atten prosent tenker at de ikke kan få eller beholde en fast jobb fordi de har en psykisk lidelse. Det kan være flere grunner enn symptomer alene som forklarer hvorfor en av fem opplever det som problematisk å fungere i arbeidslivet. Dette kan skyldes diskriminering i arbeidslivet av personer som er eller har vært psykisk syke. Alternativt representerer dette en selvoppfyllende profeti basert på offentlig stigma i samfunnet, da 58 prosent rapporterer å bli møtt med denne holdningen i samfunnet. Disse resultatene kan også settes i sammenheng med at enkelte forsøker å holde lidelsen skjult, og derfor unngår arbeidssituasjonen.

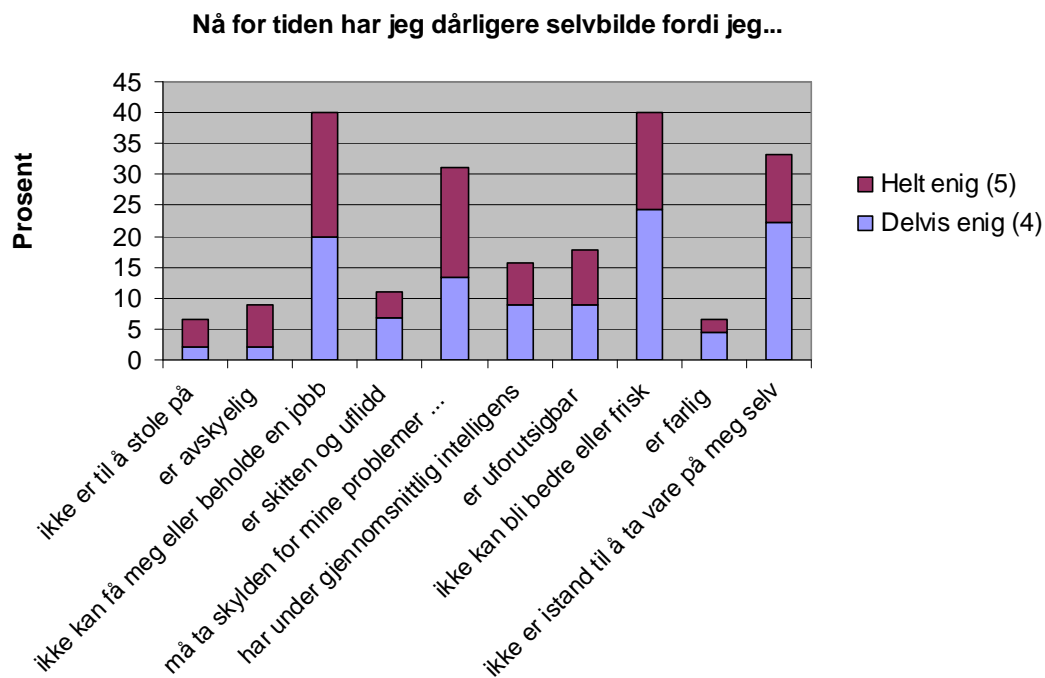
Diagram 4.1: Prosentvis besvarelser, helt og delvis enig, for internalisert stigma.



På dårlig selvbilde som følge av stigma varierer enighetsandelen fra syv til 40 prosent (se diagram 4.2). Førti prosent sier seg enige i at ”nå for tiden har jeg dårligere selvbilde fordi jeg ikke kan bli bedre eller frisk”, samt ”..fordi jeg ikke kan få eller

beholde en fast jobb”. Disse to fordommene har relativt høye enighetsskårer på tvers av alle subskalaene. Dette kan være et uttrykk for at fordommer kan resultere i selvoppfyllende profetier. Manglende tro på egen bedring kan stå i veien for bedringsprosessen for mennesker med psykiske lidelser. Dårlig selvbilde på grunn av mangel på fast jobb, illustrerer hvordan fordommer kan hindre likeverdig deltakelse i samfunnet. Hele 31 prosent sier de har dårligere selvbilde fordi de selv må ta skylden for sine problemer. Dette er noe overraskende, da kun to prosent av informantene er enige i at mennesker med psykiske lidelser kan skyldes seg selv for sine problemer. Tendensen til indre attribusjon av egne problemer kjennetegner mennesker som tilhører en stigmatisert gruppe (Goffman, 1963).

Diagram 4.2: Prosentvise besvarelser, helt og delvis enig, for dårlig selvbilde.



Informantene skårer i snitt høyere på dårlig selvbilde enn internalisert stigma og stereotypi enighet. Flere av informantene bekrefter at de har dårlig selvbilde fordi påstandene er gyldige når det gjelder dem selv, men de attribuerer ikke nødvendigvis

dette til den psykiske lidelsen eller til den kulturelle stereotypien. Dette kan tyde på at deler av selvstigmaprosessen skjer automatisk utenfor personens bevissthet.

Faktoranalysen vi gjennomførte innad i hver subskala viser to faktorer som trer frem på tvers av de tre selvstigma-subskalaene (se tabell 3.4). Dette gir informasjon om hvilken del av den kulturelle stereotypien som internaliseres og således bidrar til selvstigma i vårt utvalg, og hvilke fordommer som har mindre betydning. Faktor 1 dreier seg om fordommer som angår grunnleggende fungeringsnivå, for eksempel å kunne beholde en jobb og oppleve seg selv som et intelligent menneske, samt ha framtidsutsikter på tross av en psykisk lidelse. Den andre faktoren består av fordommer som beskriver karakteristikk ved en person. Karakteristikkene er både beskrivelser av personlighetstrekk eller atferd, og beskrivelser av fysisk fremtoning. Prosentandelen informanter som sier seg enige er generelt høyere for påstandene i faktor 1, sammenlignet med faktor 2. De karakteristikkene som utgjør faktor 2 kan være mindre fremtredende ved den kulturelle stereotypien i Norge. Mulighet for adekvat behandling og økonomiske støtte gjennom et offentlig helsevesen og sosiale støtteordninger kan ha innvirkning på hvilke kulturelle stereotyper som er gjeldende i et samfunn. Slike samfunnspolitiske strukturer vil således kunne forklare at stereotypien i USA kan være noe ulik den i Norge.

Selv om resultatene i vår studie antyder mer opplevd offentlig stigma enn selvstigma, rapporteres det generelt lite offentlig stigma og selvstigma i det norske utvalget. Vi vil nedenfor drøfte mulige forklaringer på dette.

Corrigans forskergruppe har funnet at gruppeidentifisering og legitimitet er avgjørende for graden av selvstigma. Som beskrevet i innledningen virker lav opplevd legitimitet og høy gruppeidentifisering beskyttende mot dårlig selvilde som følge av stigma. Informantene i det norske utvalget har lave gjennomsnittsskårer på både stereotypi enighet og internalisert stigma. En mulig forklaring på dette kan være at de identifiserer seg positivt med egen gruppe. Watson og kollegaer (2007) fant at gruppeidentifisering er negativt korrelert med stereotypi enighet og internalisert stigma. Pasienter som i stor grad identifiserer seg med gruppen psykisk syke, er mer

uenige i stereotypiene og opplever mindre internalisert stigma (Watson et al., 2007). Studier av andre stigmatiserte grupper har vist at negative effekter av stigma kan bekjempes ved å ha en sterk positiv identifikasjon med egen gruppe (Corrigan & Watson, 2002). Nyansert kunnskap om psykiske lidelser, samt å kjenne til heterogeniteten i gruppen, kan skape positiv gruppeidentifikasjon. Å møte andre mennesker med psykiske lidelser i en behandlingssituasjon kan bidra til modifisering av fordommene mot egen gruppe, og slik virke beskyttende mot selvstigma.

Å oppleve holdninger i samfunnet som ikke-legitime eller urettferdige kan også virke beskyttende mot selvstigma. Majoriteten i vårt utvalg er uenige i at fordommene om mennesker med psykiske lidelser stemmer (se vedlegg E). Å mene at fordommene ikke er legitime kombinert med sterk gruppeidentifikasjon, er assosiert med reaksjoner som berettiget sinne og opprør (Corrigan & Watson, 2002). Dette antas å skape økt bemyndiggjøring hos mennesker med psykiske lidelser.

En forklaring på hvorfor informantene rapporterer lite opplevd offentlig stigma kan ligge på et strukturelt nivå. Innledningsvis diskuterte vi hvordan strukturelle prosesser kan virke inn på stigma, som for eksempel samfunnsøkonomiske aspekter eller makthierarkier. Norge er et velferdssamfunn i en samfunnsøkonomisk gunstig situasjon med lav arbeidsledighet sammenlignet med andre europeiske land (Human development reports, 2008). Dette antas i seg selv å redusere fordommer og diskriminering i et samfunn. Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) har på oppdrag fra Norsk forskningsråd lagt fram en rapport over befolkningens åpenhet og kunnskap om psykiske lidelser i 2008 sammenlignet med 2002 (Myrvold, 2008). Dette arbeidet ble iverksatt for å undersøke om den nasjonale satsningen i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) hadde ført fram. Hovedtrekkene i denne rapporten viser for perioden 2002 til 2008 en viss nedgang i stigmatiserende holdninger ovenfor mennesker med psykiske lidelser. De fant en tendens til større engasjement for psykisk helse, men ikke økt åpenhet i samfunnet. Den økte satsningen fra Regjeringen og Helsedirektoratet kan ha bidratt til mindre stigmatiserende holdninger.

Det har skjedd flere endringer i psykisk helsevern de siste årene. Et brukermedvirkningsfokustert behandlingstilbud kan ha bidratt til å endre de tradisjonelle maktstrukturene i helsevesenet. Pasientene har fått mer innvirkning på hva de ønsker i behandlingssituasjonen. Rett til innsyn i journal kan ha bidratt til at fagfolk anvender et mindre fremmedgjørende språk. I tillegg har det vært fokus på en endring av terminologi i psykisk helsevern. For eksempel unngås nå i større grad stigmatiserende betegnelser som ”psykiatrisk pasient” eller ”schizofrene”. Fra tidligere perioder hvor pasienter i stor grad ble institusjonalisert, ser vi nå en trend mot mer poliklinisk behandling, færre synlige bivirkninger av medisiner, samt vektlegging av å komme tilbake i arbeidslivet raskest mulig.

I Norge har flere offentlige personer, der i blant en tidligere statsminister (Bondevik, 2006), fortalt åpent om sin psykiske lidelse. Offentlige personer som er åpne om sin psykiske lidelse kan føre til positive effekter for resten av gruppen fordi de representerer et positivt forbilde og er med på å bryte ned fordommer og tabuer (Goffman, 1963). Imidlertid kan slike forbilder innen en gruppe også sees på som lite representative, og derfor bli forkastet. Det observeres også en trend innen norsk film og media til å tematisere og fremstille portretter av mennesker med alvorlige psykiske lidelser på en nyansert og realistisk måte. Dette kan ha bidratt til å nyansere stereotypene befolkningen har til mennesker med psykiske lidelser.

Imidlertid er det en mulighet for at stigma underrapporteres i vår undersøkelse. Man kan anta at noen strever aktivt for å unngå å bli identifisert med gruppen psykisk syke, og bruker mye ressurser på å skjule sin psykiske lidelse (Jones et al., 1984). Å velge å ikke forholde seg til den negative stereotypen om ens gruppe, kan forklare reaksjoner som fornektning eller likegyldighet.

4.4 Metodologiske betraktninger

4.4.1 Tilnærmingemetode og valg av måleinstrument

Vi valgte The Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMI) blant andre kvantitative mål på stigma fordi vi ønsket å gjøre en empirisk utprøving av Corrigan's sosialpsykologiske modell for selvstigma. En begrensning ved en kvantitativ tilnærming er at den kan fungere reduksjonistisk og overforenkende. Tilnærmingen inkluderer ikke kvalitative data som uttrykker personlige erfaringer og følelser knyttet til selvstigmatisering. I tillegg vil informasjon som man ikke spør direkte etter gå tapt fordi informantene ikke får mulighet til å beskrive sine tanker knyttet til temaet utover det spørreskjemaet ber om. Den teoretiske referanserammen og forskerens definisjon av stigma avgjør hva det spørres etter, og kan føre til at man ikke fanger opp fenomenet på en tilfredsstillende måte. For å få et mer helhetlig bilde av det stigmaet mennesker med psykiske lidelser opplever, kan andre tilnærminger være mer fruktbare (Rasinski, Viechnicki & O'Muircheartaigh, 2005). Etnografiske studier, kvalitative dybdeintervjuer eller åpne spørsmål kunne vært et godt supplement til SSMI. Innenfor de rammer og ressurser vi har hatt tilgjengelig har ikke dette vært mulig i denne studien.

Da effektene av stigma har vist seg å være situasjonsavhengige og variere med kontekstuelle faktorer (Crocker, 1999; Watson et al., 2007), fanger vi antakelig opp det opplevde stigmaet knyttet til den aktuelle behandlingssituasjonen. Skalaen bør derfor valideres med en retest for å undersøke om dagsform, sykdomstilstand eller andre kontekstuelle variabler kan påvirke besvarelsen.

Noen behandlere uttrykte at de synes måleinstrumentet var unødvendig negativt ladet, og at de derfor fryktet at enkelte informanter ville oppleve det som støtende. Inkludering av positive enheter, som i Links Devaluation-Discrimination-mål (1987), kan bidra til at skalaen virker mindre negativt ladet. Alternativt kan man reversere noen av de eksisterende enhetene (for eksempel "De fleste med psykiske lidelser er til å stole på"). Dette kunne redusere enighetstendensen man observerer i forskning som

anvender spørreskjema. I utviklingen av SSMI ble det inkludert enkelte positive enheter (for eksempel ”Mennesker med psykiske lidelser er kreative”), men disse ble fjernet da de ikke korrelerte med de andre fordommene mot mennesker med psykiske lidelser (Fung et al., 2007).

4.4.2 Omgjøringen av SSMI til et norsk selvutfyllingsskjema

Den opprinnelige SSMI-skalaen var utformet som et standardisert intervju. Grunnet ressurs- og tidsmessige hensyn har vi omgjort denne til en selvutfyllingsversjon. Det er imidlertid noen begrensninger ved selvutfyllingsskjemaer sammenlignet med standardiserte intervjuer. Forsøkslederens kontroll er mindre slik at det ikke er mulighet til å gi korrigerende opplysninger hvis informanten ikke bruker hele skalaen eller avgir flere like svar etter hverandre. Bruk av spørreskjemaer stiller derfor høyere krav til kognitiv kapasitet hos informanten. Da SSMI består av fire subskalaer med samme enheter i hver bolk, kan dette gjøre at informanten ikke klarer å diskriminere mellom de ulike subskalaene, eller kalibrerer egne svar ut ifra svarene på forrige subskala. Disse faktorene kan påvirke resultatene, og kunne blitt fanget opp i en intervjusituasjon med en trent administrator. For å ta hensyn til dette ble det sentralt i vår oversettelse å gjøre språket så entydig og enkelt som mulig. En fordel med selvutfyllingsskjemaer er at alle informantene har samme informasjonen tilgjengelig.

Omgjøringen av Likert-skalaen fra ni til fem punkter ble gjort for å forenkle rapporteringen i selvutfyllingsversjonen. Selv om dette ble en noe grovere skala, er spredningen og variansen i de distribuerte skårene relativt tilfredsstillende. I subskala 2 og 3 er skåredistribusjonen noe forskjøvet mot venstre, men dette kan også skyldes utvalgsstørrelsen eller homogenitet i utvalget.

Vi har selv gjort oversettelsen fra engelsk til norsk, og denne har blitt kontrollert av en tospråklig (engelsk-norsk) person. Det ble imidlertid ikke gjort noen ”back-translation”, noe som anses som en svakhet. I oversettelsen har vi lagt vekt på å forenkle lange setninger. Enkelte psykiske lidelser er assosiert med oppmerksomhet- og konsentrasjonsvansker (Sundet, 2005), og det er derfor viktig med korte konkrete

instruksjoner. På grunn av dette valgte vi å sløyfe enkelte ord i introduksjonstekstene, da vi anså dem for å forlenge setningene unødvendig. En annen problemstilling er om man i en slik oversettelse skal vektlegge hensikten bak skalaen, basert på den bakenforliggende teoretiske modellen, eller om man skal gjøre oversettelsen så lik den originale versjonen som mulig. Vi valgte her en mellomposisjon, hvor vi har lagt oss meget nær originalversjonen, men basert oss på den bakenforliggende teorien der instruksjonene fremsto som uklare. I og med at de fire subskalaene inneholder de samme 10 holdningene har vi vektlagt å tydeliggjøre forskjellen mellom dem. En del endringer ble derfor gjort for å minske rom for feiltolkning og misforståelser.

På bakgrunn av denne oversettelsen kan vi ikke være sikre på at de ulike skalaene måler nøyaktig de begrepene de er intendert å måle. Den siste subskalaen i originalversjonen kalles "selfesteem decrement" og er ment å måle nedgang i selvtillit og mestringstro som følge av selvstigma. Denne subskalaen oppfatter vi som noe vagt definert. Innen psykologisk forskning anvendes mange ulike termer og definisjoner for å beskrive ulike aspekter ved selvbylde (Rosenberg, 1989). For å sikre begrepsvaliditeten til denne subskalaen i vår versjon burde vi inkludert andre mål på selvtillit eller mestringstro, for å undersøke om subskalaen "dårlig selvbylde" er tilfredsstillende korrelert med disse begrepene. Om de ikke viser en tilstrekkelig korrelasjon, bør introduksjonsteksten til subskala 4 endres og et annet begrep enn "dårlig selvbylde" anvendes.

Dårlig selvbylde kan være en del av symptombildet blant mennesker med psykiske lidelser, og det kan være problematisk å argumentere for at det man måler er dårlig selvbylde på grunn av selvstigma. Selvtillit kan beskrives som et globalt trekk, eller som en tilstand, altså hvordan en tenker om seg selv i en spesifikk situasjon (Rosenberg, Schoenbach, Schooler & Rosenberg, 1995; Crocker, 1999). Denne distinksjonen synes ikke å ha blitt drøftet i Corrigan's teoretiske modell. Begrepet selvbylde kan antas å vise til en mer global selvopplevelse. Vi antar at Corrigan ønsker å undersøke selvtillit i snever forstand, som en tilstand i relasjon til stigma. Således kunne det vært mer hensiktsmessig å anvende begrepet dårlig selvtillit i den

norske utgaven. "Dårlig selvbilde" slik det anvendes i vår versjon av SSMI setter imidlertid begrepet i direkte sammenheng med den kulturelle stereotypen.

Holdninger i samfunnet nevnes eksplisitt i innledningsteksten til denne subskalaen.

Vi argumenterer for at subskalaen måler svekket selvbilde i relasjon til stigma, heller enn generelt selvbilde. Det var høy korrelasjonen mellom subskala 3 og 4 i vår undersøkelse, noe som også har blitt funnet i andre studier (Corrigan et al. 2006; Rüsch et al., 2006b; Fung et al., 2007). Dette indikerer at selvbilde-subskalaen må forstås i sammenheng med selvstigma.

Det er usikkert om vår omgjøring av SSMI kan ha påvirket resultatene. Vi får imidlertid i hovedtrekk de samme resultatene som ved bruk av den originale versjonen (Corrigan et al., 2006). For fremtidig bruk bør den norske skalaen valideres opp mot andre skalaer, for å undersøke om alle subskalaene måler det de er intendert å måle. Begrepsvaliditeten i vår studie vil derfor være usikker. Vi har heller ikke kontrollert for depresjonssymptomer, grad av sykdomsinnsikt eller tankeforstyrrelser som kan påvirke rapporteringen. Den diagnostiske informasjonen har vi heller ikke hatt mulighet til å etterprøve. Diagnosene vi har tatt utgangspunkt i er derfor basert på diagnosene satt av behandlerne på de respektive behandlingsinstitusjonene.

4.4.3 Utvalget

Vår målsetning var å samle inn spørreskjemaer fra 50 personer med lettere psykiske lidelser og 50 personer med tyngre psykopatologi. Vi fikk imidlertid kun rekruttert 12 informanter med diagnose innen tyngre psykopatologi og 33 informanter med lettere psykiske lidelser. Informantene i de to diagnosekategoriene ble av praktiske årsaker rekruttert fra ulike behandlingssteder i Oslo. Eventuelle funn av forskjeller mellom diagnosegruppene kunne derfor vært knyttet til utenomliggende variabler som geografisk tilhørighet og sosial status blant informantene, eller til forhold ved de ulike behandlingsinstitusjonene, som terapeutiske tradisjoner, valg av behandlingsformer eller tilgjengelige ressurser. Vi fant imidlertid ingen forskjell mellom diagnosegruppene. Størrelsen på utvalget kan ha bidratt til dette da

effektstørrelsene må være relativt store får å nå signifikant nivå ved små utvalg (Pallant, 2001).

Behandlerne på de ulike institusjonene fikk ansvaret for å dele ut spørreskjemaer til pasientene, utvalget er derfor ikke randomisert. Informantene er selektert på bakgrunn av behandlernes vurdering av egnethet for å besvare et spørreskjema. Dette kan ha ført til at de pasientene som opplever mest stigma ikke har fått anledning til å besvare spørreskjemaet. Utvalget var jevnt fordelt på kategoriene kjønn, alder og tid i behandling, men skjevt fordelt med henblikk på diagnosekategori og behandlingstype. Majoriteten tilhørte kategorien lettere psykiske lidelser og mottok poliklinisk behandling, mens kun 13 prosent mottok døgntil behandling. I tillegg kan vårt utvalg sies å være relativt homogent med tanke på spesifikk diagnose og konkret behandlingssted, da 30 av 45 informanter kom fra samme behandlingssted og hadde en angstlidelse. Et diagnostisk homogent utvalg med henhold til diagnose kan forklare at distribusjonen av skårene er noe forskjøvet.

Begrensninger ved utvalget skaper problemer i forhold til ytre validitet og generaliserbarhet (Rasinski et al., 2005). Vi kan ikke trekke slutninger om hvordan stigma oppleves av gruppen med alvorlige psykiske lidelser. Heller ikke kan vi trekke slutninger om mennesker med psykiske lidelser som helhet fordi majoriteten i vårt utvalg har angstlidelser. Det er mulig at ulike symptombilder påvirker hvordan man responderer på spørreskjemaet. Utilstrekkelig antall informanter bidro imidlertid til at mer grundige analyser av effekten av diagnose ikke ble mulig å gjennomføre. Vi replikerer imidlertid Corrigan's teoretiske modell, noe som tyder på at selve selvstigmatiseringsprosessen skjer på samme måte uavhengig av diagnose.

4.4.4 Analysene

SSMI er utviklet for å bekrefte en teoretisk modell empirisk og gjøre objektive analyser av denne. Resultatene våre baseres i hovedsak på korrelasjons- og regresjonsanalyser. De årsakssammenhenger vi diskuterer er antagelser basert på den

bakenforliggende teoretiske modellen. For framtidig bruk av SSMI på et større utvalg kan med fordel medieringsbanene utforskes nærmere.

Utvalgsstørrelsen var tilfredsstillende for analysene vi gjennomførte, men et større utvalg ville gjort resultatene mer robuste. Ved et større utvalg kunne vi også anvendt mer avanserte statistiske metoder. Det er en fare for falske negative resultater i vår studie da det begrensede utvalget kan ha gjort det vanskelig å oppnå signifikante resultater. Et større utvalg ville gjort distribusjonen av skårer mindre flat og forskjøvet. Vi valgte å fjerne to uteliggere da de preliminære analysene i SPSS indikerte at disse var mer avvikende enn man ville forvente, forutsatt at fenomenet er normalfordelt i populasjonen.

Vi var interessert i å undersøke hva som kunne forklare de individuelle forskjellene i selvstigma. Ingen av de parametriske analysene nådde signifikansnivå, noe som kan skyldes lav utvalgsstørrelse og lite variasjon i skårene på selvstigma. Vi gjennomførte også en ikke-parametrisk analyse hvor vi dikotomiserte skårene og undersøkte om forskjellene mellom disse kunne forklares av diagnosegruppe. Som forventet på bakgrunn av de parametriske analysene oppnådde vi ingen signifikante resultater, men vi valgte allikevel å inkludere denne analysen da denne illustrerer tendensen til forskjeller i selvstigma mellom diagnosegruppene. Det er imidlertid problematisk å dikotomisere ved 50. prosentil i et utvalg med forskjøvet skåredistribusjon. Skårene i internalisert stigma er forskjøvet mot venstre, og gjennomsnittlig sumskåre er 1.8. Gruppeinndeling i lav versus høy internalisert stigma er således begrepsmessig uheldig, da vi teoretisk anser skårer under 3 (helt eller delvis uenig) for å representere lite selvstigma og skårer over 3 (helt eller delvis enig) for å representere mye selvstigma.

Vi gjennomførte også en deskriptiv kartlegging ved å utforme tabeller for de prosentvise besvarelsene på hver av enhetene. Selv om denne tilnærmingen ikke er statistisk forankret, mener vi at den er hensiktsmessig, fordi den illustrerer tendenser og nyanser i hvordan informantene i vårt utvalg opplever selvstigma.

4.4.5 Stereotypien som utgjør grunnlaget for SSMI. Fordommer eller symptombilde?

Vi deler Corrigan's grunnantakelse om at det som benevnes som fordommer, er faktiske fordommer og ikke symptomer. I datainnsamlingsperioden uttrykte noen behandlere at påstandene i selvutfyllingsskjemaet kunne være sanne, og en del av symptombildet (f.eks at mennesker med psykiske lidelser er uforutsigbare). Enkelte teoretikere hevder at stigma først vil reduseres i det man behandler lidelsen og fjerner symptomene (Torrey & Zdanowicz, 2001). Som eksempel nevnes hvordan stigma ved spedalskhet ble redusert da man fant en behandling for sykdommen. Videre hevdes det at det vi definerer som stigmatisering er en normal reaksjon på den skremmende atferden til et menneske med psykose (Torrey & Zdanowicz, 2001).

Disse argumentene står i motsetning til de sosialpsykologiske grunnantakelsene om at stigma er en sosial konstruksjon, ikke et produkt av personen (Corrigan, 2005). Vi valgte SSMI fordi vi ønsket et mål på stigma innenfor en sosialpsykologisk referanseramme. Å knytte alle mennesker i en gruppe opp mot den samme stereotypien er problematisk da de aller fleste grupper er mer heterogene enn stereotypien tilsier. Stigmatisering skjer, i følge det sosialpsykologiske perspektivet vi legger til grunn, når all atferd en person utøver forklares som et resultat av stereotypien om gruppen vedkommende tilhører. Enkelte av fordommene brukt i SSMI er beskrivelser av tilstander som uforutsigbar eller farlig. Sosialpsykologisk forskning tilsier at atferden vår i stor grad er situasjonsbestemt, snarere enn forårsaket av stabile personlighetstrekk. De påstandene som utgjør SSMI, er basert på stereotype oppfatninger om mennesker med psykiske lidelser. Da disse påstandene har negativ valør, og kan skape negative emosjonelle reaksjoner, definerer vi dem som fordommer. Å gyldiggjøre påstandene kan resultere i diskriminerende atferd mot mennesker med psykiske lidelser. På bakgrunn av Corrigan's referanseramme utgjør påstandene således et stigma, snarere enn symptomer.

5. Kliniske og forskningsmessige implikasjoner

For fremtidige undersøkelser av selvstigma ved psykiske lidelser bør SSMI administreres til et større utvalg pasienter. Flere informanter med alvorlige psykiske lidelser bør rekrutteres. Vi inkluderte ikke pasienter med personlighetsforstyrrelser i vårt utvalg, og dette er en gruppe som kan inkluderes i fremtidig bruk av SSMI. Ved en ny undersøkelse av selvstigma bør de metodologiske betraktningene vedrørende oversettelsen av SSMI taes hensyn til.

Det foreligger få studier av holdninger til psykiske lidelser i Norge (Hamre, Dahl & Malt, 1994; Myrvold, 2008). Innenfor feltet stigma ved psykiske lidelser etterlyser vi mer forskning på hvilke holdninger som finnes i befolkningen og blant fagfolk. Vårt inntrykk fra datainnsamlingsperioden er at det eksisterer et bredt spekter av oppfatninger, også blant fagfolk, om hva stigma er og hvordan det oppleves, samt hva man kan gjøre for å bekjempe det. Mer kunnskap om stigma vil redusere misoppfatninger om psykiske lidelser. I den forbindelse har helsepersonell et særlig ansvar for refleksjon rundt hvilke holdninger som uttrykkes og hvordan man omtaler mennesker med psykiske lidelser.

Våre resultater tyder på at offentlig stigma kan overføres til selvstigma. Derfor er det viktig med økt kunnskap om psykiske lidelser i befolkningen for å redusere offentlig stigma. En stor andel av informantene i vårt utvalg rapporterer en opplevelse av at befolkningen møter dem med fordommer. For eksempel mener en av tre at det er alminnelig å anta at psykisk syke kan skyldes seg selv for sin lidelse. Offentlig stigma kan føre til at mennesker med psykiske lidelser ikke oppsøker behandling eller får behandling for sent, noe som har store samfunnsøkonomiske konsekvenser.

Holdningskampanjer rettet mot befolkningen har imidlertid ofte begrenset effekt. Sosialpsykologisk forskning tilsier derimot at samhandling med mennesker fra utgruppen er effektivt for å redusere stereotypier og fordommer (Forsyth, 1999). Det er derfor essensielt at mennesker med psykiske lidelser inkluderes i arbeidslivet og sikres deltakelse i samfunnet på lik linje med andre. Dette kan føre til en

rekategorisering av de sosialt konstruerte skillelinjene mellom psykisk syke og andre mennesker, og redusere oss-dem tankegangen som opprettholder stigma.

En alternativ metode for å redusere stigma bygger på definisjonen av motstykket til stigma, ”empowerment” (Corrigan & Calabrese, 2005). Om vi velger å oversette dette ordet til ”bemyndiggjøre” eller ”dyktiggjøre” innebærer det å gi pasienten myndighet og ansvar over sin behandling og sitt liv. Intervensjoner basert på bemyndiggjøring er effektive i bekjempelsen av stigma. En sentral del av denne tilnærmingen er å gi pasienter et alternativt tilbud til døgninstitusjon. Et tradisjonelt behandlingstilbud, og spesielt bruk av tvang, passiviserer og fjerner pasienten fra samfunnet. Pasienten må snarere støttes i å være et aktivt medlem av samfunnet (Corrigan & Calabrese, 2005). Våre resultater tyder på at de fordommene som i størst grad internaliseres er fordommer sentrert rundt grunnleggende fungeringsnivå. Dette er også de fordommene som rammer selvbildet hardest. På bakgrunn av dette anser vi det som sentralt å skape en betydningsfull hverdag preget av aktiv deltakelse i samfunnet, på tross av en psykisk lidelse.

På bakgrunn av den teori og empiri som foreligger internasjonalt, er det høy grad av selvstigma som gir de mest omfattende negative konsekvensene (Corrigan, 2005). Vi finner at internalisering av stigma er av stor betydning for i hvilken grad individets selvbilde påvirkes. Dårlig selvbilde gjør det vanskelig for enkeltpersonen å ha tro på egne ressurser og framtidsutsikter. Hele 40 prosent av informantene i vårt utvalg bekreftet at de har dårlig selvbilde fordi de antar at de ikke kan bli bedre eller friske. På bakgrunn av dette bør antistigma arbeid også rettes mot enkeltpersoner. En viktig faktor vil da være å formidle håp angående prognose og framtidsutsikter for å unngå selvoppfyllende profetier. Et problem er at mange av de sosialpsykologiske prosessene som opprettholder stigma skjer automatisk, og utenfor personens bevissthet, for eksempel ved fenomener som stereotypi trussel.

Behandlingssituasjonen kan være ideell for å redusere de negative effektene av selvstigma. Kognitiv terapi for å endre skjemaer relatert til hvordan man oppfatter seg selv, og hvordan man tror man blir oppfattet av andre, er en veldokumentert

behandlingsform. Denne type intervensjon for å redusere selvstigma kan fungere for alle typer psykiske lidelser (Corrigan & Calabrese, 2005).

Underveis i datainnsamlingsperioden fikk vi tilbakemeldinger fra flere behandlere om at de ikke ønsket å dele ut spørreskjemaet til sine klienter da de mente det kunne virke støtende å konfrontere klienten med slike påstander om mennesker med psykiske lidelser. Dette kan bety at mange behandlere ikke synes kvantitative mål er et egnet instrument for å undersøke et så sensitivt tema. Tatt i betraktning hvor tabuisert temaet fordommer mot psykiske lidelser er, synes dette å være naturlige reaksjoner. Imidlertid representerer dette i verste fall en ytterligere tabuisering ved å unngå temaet. Videre er det problematisk fordi dette gjør fenomenet vanskelig å studere. Flere studier av individuelle forskjeller i selvstigma kan brukes til å få nyttig informasjon om hva som kjennetegner de menneskene som ikke internaliserer stigma, og som heller ikke opplever de negative effektene av et offentlig stigma.

På bakgrunn av behandlernes innvendinger til spørreskjemaet etterspurte vi reaksjoner fra informantene ved utfylling av spørreskjemaet. Vi fikk kun positive tilbakemeldinger fra informantene med lettere psykiske lidelser. Enkelte av informantene med alvorlige psykiske lidelser hadde imidlertid reagert negativt på spørreskjemaet. Dette kan tyde på at påstandene i spørreskjemaet oppleves som legitime. De sterke reaksjonene viser at dette er et vanskelig tema, og noen pasienter kan ha behov for veiledning i hvordan de skal forholde seg til fordommene i samfunnet. Kunnskap og åpenhet anses for å være de to viktigste faktorene for å bekjempe offentlig stigma, og antakelig vel så viktige i bekjempelsen av selvstigma.

Selv om det vil være verdifullt for brukere av psykisk helsevern å erverve seg strategier for å unngå skadelige effekter av stigma, fjerner ikke dette samfunnets ansvar for å redusere stigmatiserende holdninger og diskriminering av mennesker med psykiske lidelser. Forskning så langt tyder på at arbeid både på individnivå og samfunnsnivå er mest effektivt (Corrigan & Calabrese, 2005).

6. Konklusjon

Vår empiriske utprøving av Corrigan's selvstigmamodell viser at selvstigmaproessen skjer stegvis, og at alle komponentene anses som nødvendige. De fire subskalene i SSMI viste høy indre reliabilitet. Det er imidlertid noe uklart om de to siste subskalaene er to uavhengige komponenter. Vi fant signifikante interkorrelasjoner mellom alle de fire komponentene, bortsett fra stereotypi enighet og dårlig selvbilde. Internalisering av stigma utgjorde det viktigste bidraget til effekten av selvstigma på selvbilde, men også stereotypi kjennskap har en signifikant effekt. Stereotypi enighet utgjorde et signifikant bidrag til internalisert stigma. Våre resultater bekrefter den teoretiske modellen; man må først kjenne til de kulturelle stereotypiene, deretter vil det å si seg enig i stereotypiene bidra til internalisering, som igjen påvirker selvbilde. Vi mener imidlertid at selvstigmatiseringsprosessen kan virke selvforsterkende, ved at dårlig selvbilde øker internaliseringen av stigma, som igjen kan gi enda dårligere selvbilde. Dette kan mulig avspeiles i den sterke korrelasjonen mellom internalisert stigma og dårlig selvbilde. Resultatene våre bekrefter i stor grad det man har funnet ved anvendelse av SSMI tidligere. Vi antar derfor at vår oversettelse og anvendelse av skalaen ikke har påvirket rapporteringen nevneverdig. Kulturforskjeller må også taes i betraktning, og ikke overraskende var våre funn mest like resultatene i Europa, sammenlignet med Kina og USA.

Vi fant ingen signifikante gruppeforskjeller mellom informanter med lettere psykiske lidelser og informanter med alvorlige psykiske lidelser. Dette kan tyde på at stigma oppleves likt ved ulike psykiske lidelser. Vi ser imidlertid en tendens til at gruppen med alvorlig psykopatologi rapporterer selvstigma i noe høyere grad. Imidlertid er det knyttet så mange metodologiske begrensninger til disse analysene at det ikke er mulig å konkludere.

I vårt utvalg rapporterer informantene å oppleve mer offentlig stigma enn selvstigma. Andelen som sier seg enig i påstandene på selvstigma-subskalaene er generelt sett lave. Informantene bekrefter opplevelsen av at en rekke fordommer finnes i

befolkningen. Majoriteten av informantene er ikke enige i disse fordommene. Dette kan forklare hvorfor informantene generelt ikke rapporterer internalisert stigma. Likevel bekrefter nesten halvparten av informantene at de har dårligere selvbilde fordi de ikke kan få eller beholde en fast jobb, og fordi de ikke kan bli bedre eller friske. Rundt en tredjedel sier de har dårlig selvbilde fordi de kan skylde seg selv for sine problemer, og fordi de ikke kan ta vare på seg selv. Disse besvarelsene tyder på at det finnes en rekke misoppfatninger om mennesker med psykiske lidelser, og at dette påvirker hvordan mennesker med psykiske lidelser tenker om seg selv og sin framtid. Dette tydeliggjør viktigheten av selvstigma som et tema i behandling, men også bekjempelsen av fordommer til psykiske lidelser i befolkningen generelt. I tråd med dette vil Helsedirektoratets pågående kampanje være et verdifullt bidrag til økt psykologisk velvære for mennesker med psykiske lidelser.

Referanser

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, Mass.: Addison-Wesley.
- Angermeyer, M. C. & Dietrich, S. (2005). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta psychiatrica scandinavica*, 113, 163-179.
- Bandura, A., Freeman, W. H. & Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: the exercise of control. *Journal of cognitive psychotherapy*, 13(2), 158-166.
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. I: L. Berkowitz (red.), *Advances in experimental social psychology*, (s.1-62). New York: Academic Press
- Bjelland, I. & Dahl, A. (2008). Dimensjonal diagnostikk - ny klassifisering av psykiske lidelser. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 128, 1541-1543.
- Bondevik, K. M. (2006). *Et liv i spenning*. Oslo: Aschehoug.
- Branscombe, N. R. (1998). Thinking about one's gender groups privileges or disadvantages: consequences for well-being in women and men. *The British journal of social psychology*, 37, 167-184.
- Chamberlin, J. (1978). *On our Own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York: McGraw-Hill.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9, 35-53.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American psychologist* 59, 614-625.
- Corrigan, P. W. (ed.) (2005). *On the stigma of mental illness: Implications for research and social change*. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Corrigan, P. W. & Calabrese, J. D. (2005). Strategies for assessing and diminishing self-stigma. I: P.W. Corrigan (red.), *On the stigma of mental illness: Implication for research and social change*. (s.239-256). Washington DC: American Psychological Association Press.
- Corrigan, P. W. & Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. I: P.W. Corrigan (red.), *On the stigma of mental illness: Implication for research and social change*. (s.11-44). Washington DC: American Psychological Association Press.

-
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. & Barr, L., (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25, 875-884.
- Crocker, J. (1999). Social Stigma and self-esteem: Situational construction of self worth. *Journal of experimental social psychology*, 35, 89-107.
- Day, E. N., Edgren, K. & Eshleman, A. (2007). Measuring stigma toward mental illness: Development and application of the mental illness stigma scale. *Journal of applied social psychology*, 37, 2191-2219.
- Dybvig, S., Johannessen, J. O., Kjær, R. og Thorsen, G. B. (2004). *Stigma – antistigma. Stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser og hvordan stigma kan bekjempes*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Deegan, P. E. (1990). Spirit breaking: when the helping professions hurt. *Humanistic psychologist*, 18, 301-313.
- Fiske, S. T. (1998). Social Cognition and the normality of prejudgment. I: J. F. Dovidio, P. S. Glick, L. A. Rudman (red.), *On the nature of prejudice: Fifty years after Allport*. (s.36-53). Blackwell Publishing.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7, 117-140.
- Forsyth, D. R. (1999). *Group dynamics*. Belmont, California: Wadsworth
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., Corrigan, P. W., Lam, C. S. & Cheng, W. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International journal of social psychiatry*, 53(5), 408-418.
- Gaebel, W., Zäske, H. & Baumann, A. E. (2006). The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta psychiatrica scandinavica*, 113, 41-45.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Hamre, P., Dahl, A. A. & Malt, U. F. (1994). Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders *Nordic journal of psychiatry*, 48, 275-281.
- Heatherton, T. F., Kleck, R. E., Hebl, M. R., Hull, J. G. (2000). *The social psychology of stigma*. New York: The Guilford Press.
- Helsepolitisk manifest fra Norsk Psykiatrisk forening ved 100 års jubileet* (2007). Hentet 12. mai 2008 fra Norsk Psykiatrisk Forenings hjemmesider: http://www.norskpsykiatriskforening.no/NPF/?module=Articles;action=Article_publicShow;ID=334

Hinshaw, S. P. (2007). *Stigma of mental illness and an agenda for change*. Oxford: University Press.

Human Development Reports (2008). Hentet 7. oktober 2008 fra FNs hjemmesider: <http://hdr.undp.org/en/statistics/>

Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Marcus, H., Miller, D. T. & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman and Company.

Kadri, N. & Sartorius, N. (2005). The global fight against the stigma of schizophrenia. *Plos medicine*, 2, 597-599.

Lerner, M. J. & Simmons, C. H. (1966). Observer's Reaction to the "Innocent Victim": Compassion or Rejection? *Journal of personality and social psychology*, 4, 203-210.

Link, B. (1982). Mental patient status, work, and income: An examination of the effects of a psychiatric label. *American sociological review*, 47, 202-215.

Link, B. G. (1987). Understanding labelling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American sociological review*, 52, 96-112.

Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of sociology*, 27, 363-385.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J. C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric services* 52(12), 1621-1626.

Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C. & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30, 511-541.

Lærum, E. (2005). *Frisk, syk eller bare plaget?* Bergen: Fagbokforlaget.

Major, B. & O'Brien, L. T. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual review of psychology*, 56, 393-421.

Merton, R. K. (1948). The bearing of empirical research upon the development of social theory. *American sociological review*, 13, 505-515.

Myrvold, T. M. (2008). *Psykisk helse og psykiske sykdom. Innbyggernes kunnskap og holdninger* (NIBR rapport 2008:16). Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.

Ottati, V., Bodenhausen, G. V. & Newman, L. S. (2005). Social-psychological models of mental illness stigma. I: P. W. Corrigan (red.), *On the stigma of*

mental illness: Implication for research and social change. (s.99-129).

Washington DC: American Psychological Association Press.

Pallant, J. (2001). *SPSS Survival manual*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press.

Perlick, D. A. (2001). Special Section on Stigma as a Barrier to Recovery: Introduction. *Psychiatric services* 52, 1613-1614.

Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A. & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness and is it to be feared? *Journal of health and social behaviour*, 41, 188-207.

Psykisk (2007). *Nyhetsbrev om opptrappingsplanen for psykisk helse* (nr. 6). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Psykologisk lavterskeltilbud til befolkningen (2008). Hentet 16. mai 2008 fra Norsk Psykolog Forenings websider:

<http://www.psykologforeningen.no/default.aspx?aid=9139248>

Rasinski, K. A., Viechnicki, P. & O'Muirheartaigh, C. (2005). Methods for studying stigma and mental illness. I: P. W. Corrigan (red.), *On the stigma of mental illness: Implication for research and social change.* (s.45-68). Washington DC: American Psychological Association Press.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image. Revised edition*. Middletown, Connecticut: Wesleyan University Press.

Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American sociological review*, 60, 141-156.

Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M. & Corrigan, P. W. (2006a). Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric services*, 57(3), 399-402.

Rüsch, N., Holzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M. et al. (2006b). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of nervous and mental disease*, 194(10), 766-773.

Sartorius, N. & Schultze, H. (2005). *Reducing the stigma of mental illness: A report from a global association*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sherer, A. & Adams, C. H. (1983). Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychological reports*, 53, 899-902.

- Steele, C. M. & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 797-811.
- Steele, C. M. (1997). Stereotyping and its threat are real. *American psychologist*, 53, 680-681.
- Stigma. (2008, juli 20). *Wikipedia*. Hentet 8. oktober 2008 fra:
<http://no.wikipedia.org/w/index.php?title=Stigma&oldid=4069166>.
- St.meld. nr. 63, (1997-1998). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006* (2008). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sundet, K. (2005) Nevropsykologisk funksjonssvikt ved schizofreni. I: Rishovd, B. R. (red.), *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Tajfel, H. & Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. I: W. G. Austin & S. Worchel (red.), *The social psychology of intergroup relations* (s.94-109). Monterey, California: Brooks-Cole.
- Thornicroft, G. (2006). *Action speaks louder... Tackling discrimination against people with mental illness*. Mental Health Foundation.
- Torrey, E. F. & Zdanowicz, M. (2001). Outpatient commitment: what, why, and for whom. *Psychiatric services*, 52, 337-341.
- Wahl, O. F. (1999). *Telling is risky business*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Watson, A. C & River, L. P. (2005). A social-cognitive model of personal responses to stigma. I: P.W. Corrigan (red.), *On the stigma of mental illness: Implication for research and social change*. (s.145-165). Washington DC: American Psychological Association Press.
- Watson, A. C., Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1312-1318.

Psykiske lidelser og opplevd stigma

Spørreundersøkelse

Psykiske lidelser og opplevd stigma

Først er vi interessert i noen generelle opplysninger om deg. Kryss av i boksen foran det som passer.

Alder

<input type="checkbox"/>	18-30 år
<input type="checkbox"/>	31-40 år
<input type="checkbox"/>	41-50 år

Kjønn

<input type="checkbox"/>	Kvinne
<input type="checkbox"/>	Mann

Hvor lenge har du vært i behandlingssystemet?

<input type="checkbox"/>	Under 5 år
<input type="checkbox"/>	5-10 år
<input type="checkbox"/>	Over 10 år

Hvor mottar du behandling?

<input type="checkbox"/>	Poliklinikk
<input type="checkbox"/>	Døgningstusjon
<input type="checkbox"/>	Tidlig intervensjonsteam
<input type="checkbox"/>	Andre

Vet du om du har fått en (eller flere) diagnose(r)?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nei
<input type="checkbox"/>	Vet ikke

Hvis ja, hvilken?

Vedlegg A

Det er mange fordommer knyttet til psykiske lidelser. Vennligst svar ved å ta stilling til om du er enig eller uenig i de følgende påstandene. Bruk 5-punkterskalaen hvor 1 er helt uenig og 5 er helt enig.

Nå vil vi gjerne vite hva du mener at folk flest tror om mennesker med psykiske lidelser.

Folk flest tror at...

	NEI, helt uenig		Verken enig eller uenig		JA, helt enig
... de fleste med psykiske lidelser ikke er til å stole på.	1	2	3	4	5
... de fleste med psykiske lidelser er avskyelige.	1	2	3	4	5
... de fleste med psykiske lidelser ikke er i stand til å få/beholde en jobb.	1	2	3	4	5
... de fleste med psykiske lidelser er skitne og uflidde.	1	2	3	4	5
... de fleste med psykiske lidelser kan skylde seg selv for sine problemer.	1	2	3	4	5
... de fleste med psykiske lidelser har under gjennomsnittlig intelligens.	1	2	3	4	5
... de fleste med psykiske lidelser er uforutsigbare.	1	2	3	4	5
... de fleste med psykiske lidelser kan ikke bli bedre eller friske.	1	2	3	4	5
... de fleste med psykiske lidelser er farlige.	1	2	3	4	5
... de fleste med psykiske lidelser er ikke i stand til å ta vare på seg selv.	1	2	3	4	5

Vedlegg A

Nå vil vi vite hva du selv mener om mennesker med psykiske lidelser.

Jeg mener at de fleste med psykiske lidelser ...

	NEI, helt uenig		Verken enig eller uenig		JA, helt enig
... kan skyldes seg selv for sine problemer.	1	2	3	4	5
... er uforutsigbare.	1	2	3	4	5
... ikke kan bli bedre eller friske.	1	2	3	4	5
... ikke er i stand til å få/beholde en jobb.	1	2	3	4	5
... er skitne og uflidde.	1	2	3	4	5
... er farlige.	1	2	3	4	5
... er ikke til å stole på.	1	2	3	4	5
... har under gjennomsnittlig intelligens.	1	2	3	4	5
... er ikke i stand til å ta vare på seg selv.	1	2	3	4	5
... er avskyelige.	1	2	3	4	5

Vedlegg A

Nå vil vi vite om du for tiden tenker at noen av disse holdningene stemmer når det gjelder deg selv.

Fordi jeg har en psykisk lidelse...

	NEI, helt uenig		Verken enig eller uenig		JA, helt enig
... har jeg under gjennomsnittlig intelligens.	1	2	3	4	5
... er jeg ikke til å stole på.	1	2	3	4	5
... kan jeg ikke få meg eller beholde en fast jobb.	1	2	3	4	5
... er jeg skitten og uflidd.	1	2	3	4	5
... er jeg ikke i stand til å ta vare på meg selv.	1	2	3	4	5
... kan jeg ikke bli bedre eller frisk.	1	2	3	4	5
... må jeg ta skylden for mine problemer selv.	1	2	3	4	5
... er jeg uforutsigbar.	1	2	3	4	5
... er jeg farlig.	1	2	3	4	5
... er jeg avskyelig.	1	2	3	4	5

Til slutt vil vi gjerne vite hvordan disse holdningene påvirker selvbildet ditt.

Vedlegg A

Nå for tiden har jeg dårligere selvilde...

	NEI, helt uenig		Verken enig eller uenig		JA, helt enig
... fordi jeg ikke klarer å ta vare på meg selv.	1	2	3	4	5
... fordi jeg ikke er i stand til å få meg eller beholde en fast jobb.	1	2	3	4	5
... fordi jeg er farlig.	1	2	3	4	5
... fordi jeg ikke er til å stole på.	1	2	3	4	5
... fordi jeg må ta skylden for mine problemer selv.	1	2	3	4	5
... fordi jeg ikke kan bli bedre eller frisk.	1	2	3	4	5
... fordi jeg er avskyelig.	1	2	3	4	5
... fordi jeg er uforutsigbar.	1	2	3	4	5
... fordi jeg er skitten og uflidd.	1	2	3	4	5
... fordi jeg har under gjennomsnittlig intelligens.	1	2	3	4	5

Takk for deltakelsen!

Til behandler

*Psykologisk Institutt
Universitetet i Oslo*

**FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT
Psykkiske lidelser og opplevd stigma**

Kort presentasjon av forskningsprosjektet

Vi ønsker å gjennomføre en spørreundersøkelse om hvordan holdninger i samfunnet påvirker mennesker med psykiske lidelser og da hvordan brukerne av psykisk helsevern selv opplever disse holdningene. Å redusere fordommer rundt psykiske lidelser har, de siste 10 årene, vært en sentral politisk satsning. Vi vil undersøke om dette gjenspeiles hos mennesker med psykiske lidelser og deres tanker om seg selv. Vi ønsker også å undersøke om dette henger sammen med hvilken type psykiske lidelse klienten har.

Rekruttering

Til sammen vil vi innhente data fra ca. 100 personer med psykiske lidelser. Av disse trenger vi ca. 50 personer mellom 18 og 50 år med tyngre psykopatologi til å svare på et kort selvutfyllingsskjema om stigma og psykiske lidelser. Skjemaet består av et avkrysningsskjema med demografiske og diagnostiske spørsmål og et fire siders spørreskjema hvor informanten må anslå enighet i flere påstander knyttet til psykiske lidelser. Administreringen av selvutfyllingsskjemaene vil bli gjort av profesjonsstudentene i psykologi Ingvild Engh Vattø og Thea Holmen Kongsrud som skal skrive hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Vi vil også samle inn data fra ca. 50 klienter med lettere psykopatologi fra andre behandlingssteder.

Kriterier for deltakelse

Diagnose: F20-29 (schizofreni/psykose) eller F31 (bipolar lidelse) i ICD-10.

Alder: 18-50 år.

Intelligens innenfor normalområdet. (IQ >70).

Ikke være inne i aktiv psykotisk fase.

Må kunne snakke og forstå norsk.

Vedlegg B

Fremgangsmåte

Vi ber deg informere om og dele ut selvutfyllingsskjemaet til dine aktuelle klienter i forbindelse med behandling. De kan gjerne ta med seg informasjonsskrivet hjem dersom de ønsker betenkningstid. Skjemaet vil ta i underkant av 10 minutter å besvare. Vi ber deg også fylle ut pasientens diagnose(r) og varighet av ubehandlet psykose (VUP), hvis tilgjengelig, på vedlagte ark og legge dette i konvolutten som følger med. Ferdig utfylt selvutfyllingsskjema legges også i konvolutten som forsegles. Klienten leverer konvolutten før han/hun forlater behandlingsstedet. Studentene vil komme tilbake til deres behandlingssted og samle inn konvoluttene på et senere avtalt tidspunkt.

Etiske hensyn

Forskningsprosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK), som ikke har noen innvendinger mot at det blir gjennomført. Det er også meldt til personvernombudet for forskning. All innhentet informasjon vil behandles konfidensielt og vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende. Vi som skal benytte materialet har taushetsplikt.

Dersom du har spørsmål eller ønsker mer informasjon, kan du kontakte Thea Holmen Kongsrud på e-postadresse t.h.kongsrud@psykologi.uio.no eller Anne-Kari Torgalsbøen på telefon 22 84 52 33.

Oslo, 18. oktober 2007

Anne-Kari Torgalsbøen
Førsteamanuensis
Dr. psychol.

Ingvild Engh Vattø
Stud.psychol.

Thea Holmen Kongsrud
Stud.psychol.

Til behandler

*Psykologisk Institutt
Universitetet i Oslo*

**FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT
Psykiske lidelser og opplevd stigma**

Kort presentasjon av forskningsprosjektet

Vi ønsker å gjennomføre en spørreundersøkelse om hvordan holdninger i samfunnet påvirker mennesker med psykiske lidelser og da hvordan brukerne av psykisk helsevern selv opplever disse holdningene. Å redusere fordommer rundt psykiske lidelser har, de siste 10 årene, vært en sentral politisk satsning. Vi vil undersøke om dette gjenspeiles hos mennesker med psykiske lidelser og deres tanker om seg selv. Vi ønsker også å undersøke om dette henger sammen med hvilken type psykiske lidelse klienten har.

Rekruttering

Til sammen vil vi innhente data fra ca. 100 personer med psykiske lidelser. Av disse trenger vi ca. 50 personer mellom 18 og 50 år med lettere psykopatologi til å svare på et kort selvutfyllingsskjema om stigma og psykiske lidelser. Skjemaet består av et avkrysningsskjema med demografiske og diagnostiske spørsmål og et fire siders spørreskjema hvor informanten må anslå enighet i flere påstander knyttet til psykiske lidelser. Administreringen av selvutfyllingsskjemaene vil bli gjort av profesjonsstudentene i psykologi Ingvild Engh Vattø og Thea Holmen Kongsrud som skal skrive hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Vi vil også samle inn data fra ca. 50 klienter med tyngre psykopatologi fra andre behandlingssteder.

Kriterier for deltakelse

Diagnose: F32-49 i ICD-10 (depresjon- og angstlidelser).

Alder: 18-50 år.

Intelligens innenfor normalområdet. (IQ >70).

Ikke opplevd psykotiske episoder tidligere.

Må kunne snakke og forstå norsk.

Vedlegg C

Fremgangsmåte

Vi ber deg informere om og dele ut selvutfyllingsskjemaet til dine aktuelle klienter i forbindelse med behandling. De kan gjerne ta med seg informasjonsskrivet hjem dersom de ønsker betenkningstid. Skjemaet vil ta i underkant av 10 minutter å besvare. Vi ber deg også fylle ut pasientens diagnose(r) på vedlagte ark og legge dette i konvolutten som følger med. Ferdig utfylt selvutfyllingsskjema og samtykkeerklæring legges også i konvolutten og forsegles. Klienten leverer konvolutten før han/hun forlater behandlingsstedet. Studentene vil komme tilbake til deres behandlingssted og samle inn konvoluttene på et senere avtalt tidspunkt.

Etiske hensyn

Forskningsprosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK), som ikke har noen innvendinger mot at det blir gjennomført. Det er også meldt til personvernombudet for forskning. All innhentet informasjon vil behandles konfidensielt og vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende. Vi som skal benytte materialet har taushetsplikt.

Dersom du har spørsmål eller ønsker mer informasjon, kan du kontakte Ingvild Vattø på i.e.vatto@psykologi.uio.no eller Anne-Kari Torgalsbøen på telefon 22 84 52 33.

Oslo, 18. oktober 2007

Anne-Kari Torgalsbøen
Førsteamanuensis
Dr. psychol.

Ingvild Engh Vattø
Stud.psychol.

Thea Holmen Kongsrud
Stud.psychol.

Til informantene

*Psykologisk Institutt
Universitetet i Oslo*

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Psykkiske lidelser og opplevd stigma

Kort presentasjon av forskningsprosjektet

Vi ønsker å gjennomføre en spørreundersøkelse blant brukerne av psykisk helsevern om fordommer til psykiske lidelser i samfunnet. Å redusere fordommer rundt psykiske lidelser er for tiden en sentral politisk satsning. Vi vil undersøke om dette gjenspeiles hos mennesker med psykiske lidelser og deres tanker om seg selv. Vi ønsker også å undersøke om dette henger sammen med hvilke type psykisk lidelse som er tilstede.

Rekruttering

Til sammen trenger vi ca. 100 personer mellom 18 og 50 år til å svare på et kort spørreskjema. Vi vil innhente informasjon ved poliklinikker og avdelinger innen psykisk helsevern i Oslo området. Administreringen av dette vil gjennomføres av Ingvild Engh Vattø og Thea Holmen Kongsrud som skal skrive hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.

Fremgangsmåte

Din behandler vil spørre deg om du vil delta i studien og gi deg et spørreskjema, som vil ta i underkant av 10 minutter å besvare. Du vil bes om å krysse av om du er enig eller uenig i en del påstander, for eksempel:

”Folk flest tror at de fleste mennesker med psykiske lidelser er farlige.”

Når skjemaet er fylt ut legges det i en konvolutt, som du gir tilbake til din behandler før du forlater behandlingsstedet. Din behandler vil ikke få vite hva du har svart.

Vår oppbevaring av informasjon

Forskningsprosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK), som ikke har noen innvendinger mot at det blir gjennomført. Det er også meldt til Personvernombudet for forskning. Vi som skal benytte materialet har taushetsplikt. All informasjon fra spørreskjemaet vil behandles konfidensielt, og ikke tilgjengelig for

Vedlegg D

uvedkommende. Dine besvarelser vil ikke bli knyttet til deg eller navnet ditt. Resultatene fra undersøkelsen vil bli publisert på gruppebasis, slik at det vil være umulig å kjenne igjen besvarelser fra den enkelte deltaker. Informasjonen som samles inn vil bli oppbevart i et låst arkivskap.

Frivillighet

Deltakelse i forskningsprosjektet er frivillig. Dersom du velger å ikke delta eller trekke deg underveis, vil det ikke ha noen konsekvenser verken for din behandling eller ditt forhold til behandlingsstedet. Fordelen med å delta er imidlertid at du som bruker av tjenester i psykisk helsevern kan bidra med informasjon som kan påvirke tiltak angående forbedring av det psykiske helsetilbudet.

Spørsmål/beredskap

Dersom du har spørsmål eller ønsker mer informasjon, kan du kontakte Ingvild Vattø på e-postadresse i.e.vatto@psykologi.uio.no, Thea Kongsrud på t.h.kongsrud@psykologi.uio.no eller Anne-Kari Torgalsbøen på telefon: 22 84 52 33. Ellers er din behandler informert om prosjektet, og du kan også snakke med ham/henne.

Oslo, 18. oktober 2007

Anne-Kari Torgalsbøen
Førsteamanuensis
Dr. psychol

Ingvild Engh Vattø
Stud. Psychol

Thea Holmen Kongsrud
Stud. Psychol

Vedlegg E

Tabell X.1: Prosentvise svar på stereotypi kjennskap

Folk flest tror at de fleste med psykiske lidelser...			
	Uenige (1 og 2)	Verken uenig eller enig (3)	Enig (3 og 4)
ikke er til å stole på	24	36	40
er avskyelige	64	22	13
ikke er i stand til å få/beholde en jobb	25	18	58
er skitne og uflidde	47	38	16
kan skyld seg selv for sine problemer	33	33	33
har under gjennomsnittlig intelligens	64	16	20
er uforutsigbare	20	22	58
kan ikke bli bedre eller friske	36	40	25
er farlige	42	40	18
er ikke i stand til å ta vare på seg selv	31	36	33

Tabell X.2: Prosentvise svar på stereotypi enighet

Jeg mener at de fleste med psykiske lidelser...			
	Uenige (1 og 2)	Verken uenig eller enig (3)	Enig (4 og 5)
ikke er til å stole på	76	18	7
er avskyelige	93	7	0
ikke er i stand til å få/beholde en jobb	71	20	9
er skitne og uflidde	87	7	7
kan skyld seg selv for sine problemer	85	13	2
har under gjennomsnittlig intelligens	89	9	2
er uforutsigbare	33	44	22
kan ikke bli bedre eller friske	78	16	7
er farlige	82	13	4
er ikke i stand til å ta vare på seg selv	56	36	9

Vedlegg E

Tabell X.3: Prosentvise svar på internalisert stigma

Fordi jeg har en psykisk lidelse...			
	Uenige (1 og 2)	Verken uenig eller enig (3)	Enig (4 og 5)
er jeg ikke til å stole på	87	7	7
er jeg avskyelig	80	9	11
kan jeg ikke å få meg eller beholde en jobb	60	22	18
er jeg skitten og uflidd	87	9	4
må jeg ta skylden for mine problemer selv	60	24	16
har jeg under gjennomsnittlig intelligens	78	11	11
er jeg uforutsigbar	71	13	16
kan jeg ikke bli bedre eller frisk	62	24	13
er jeg farlig	91	7	2
er jeg ikke i stand til å ta vare på meg selv	71	20	9

Tabell X.4: Prosentvise svar på dårlig selvbilde

Nå for tiden har jeg dårligere selvbilde fordi jeg...			
	Uenige (1 og 2)	Verken uenig eller enig (3)	Enig (4 og 5)
ikke er til å stole på	76	18	7
er avskyelig	80	11	9
ikke kan få meg eller beholde en jobb	49	11	40
er skitten og uflidd	82	7	11
må ta skylden for mine problemer selv	53	16	31
har under gjennomsnittlig intelligens	71	13	16
er uforutsigbar	62	20	18
ikke kan bli bedre eller frisk	42	18	40
er farlig	89	4	7
ikke er i stand til å ta vare på meg selv	51	16	33